PRZEGLĄD
LARYNGOOTJATRYCZNY

WYDAWANY
PRZEZ KLINIKĘ LARYNGOOTJATRYCZNĄ
UNIWERSYTETU WARSZAWSKIEGO.

MAJ 1927 R.

Pierwszemu Zjazdowi
Lekarzy Słowiańskich

Klinika Laryngootjatryczna
Uniwersytetu Warszawskiego
zeszyt ten poświęca.

REDAKCJA: Prof. F. ERBRICH, BODUENA 4.
ADMINISTRACJA: Dr. J. ROGOZIŃSKI, BRACKA 4.

Treść numeru.

PRZEGLĄD
LARYNGOOTJATRYCZNY

WYDAWANY
PRZEZ KLINIKĘ LARYNGOOTJATRYCZNĄ
UNIWERSYTETU WARSZAWSKIEGO.

MAJ 1927 R.

REDAKCJA: Prof. F. ERBRICH, BODUENA 4.
ADMINISTRACJA: Dr. J. ROGOZIŃSKI, BRACKA 4.

Druk. S. Jabłoński i L. Mioduszewski. Marszałkowska 34. Tel. 417-34.

O TWARDZIELI NA PODSTAWIE MATERJAŁU KLINIKI LARYNGOOTJATRYCZNEJ UNIWERSYTETU WARSZAWSKIEGO.

prof. F. ERBRICH.

Wybór na Zjazd Lekarzy Słowiańskich tematu: „Twardziel na Ziemiach Słowiańskich" miał na celu: 1. Zaznajomienie szerszego ogółu lekarzy słowiańskich o wielce rozpowszechnionem, endemicznie panującem na ziemiach słowiańskich groźnem cierpieniu. 2. Uzupełnienie i pogłębienie wiadomości zdobytemi w ostatnich czasach nowemi wynikami spostrzeżeń, jako też wspólne wykorzystanie przez osobistą wymianę poglądów doświadczeń w dziedzinie leczenia twardzieli 3. Uzgodnienie wspólnego dla wszystkich zainteresowanych krajów programu akcji zwalczania twardzieli.

Materjał, dotyczący chorych na twardziel, naszej kliniki wynosi 81 przypadków. Liczbę tę, choć jest ona zapewne mniejszą od liczby podanej przez inne kliniki, uznać należy za pokaźną, jeżeli zważymy, że obejmuje ona przeważnie przypadki, pochodzące z ziem bliżej położonych Warszawy, gdzie osiedla twardzieli są mniej gęste, aniżeli na kresach Wschodnich, skąd zgłaszanie się do stolicy chorych przeważnie ubogich, połączone jest ze znacznemi trudnościami Liczba ta wskazuje, że nasilenie twardzieli w Polsce jest niepomiernie wielkie. Wszystkie przypadki zostały wyznaczone na mapie, która nie wyczerpuje wprawdzie dokładnie całkowitego rozmieszczenia twardzieli na Ziemiach Polskich, wespół jednak z mapami klinik kresowych, tworząc całość, stanowi pierwszą ilustrację jasną ścisłego rozmieszczenia twardzieli w Rzeczypospolitej Polskiej. Pozatem mapa przez nas sporządzona wyraźnie wskazuje granicę osiedli twardzielowych, najbardziej wysunięte na Zachód ośrodki twardzielowe. Widzimy na niej, że

linię graniczną, od której na Zachód niema w Polsce twardzieli, stanowi południk Warszawy.

Wywiady możliwie szczegółowo zbierane, uwzględniające wszelkie dane, dotyczące warunków bytu, odżywiania, zamieszkania, pracy chorych i t. p. nie były w stanie rzucić światła na przyczynę powstawania twardzieli. Jak dawniej, tak i obecnie patogeneza twardzieli pozostaje zagadkową. Wprawdzie czynnik etjologiczny, lasecznik swoisty, tłomaczy nam zmiany właściwe twardzieli, nie daje nam jednak wyjaśnienia, dlaczego zakażeniu swoistemu ulega ludność pewnych tylko ośrodków kuli ziemskiej, dlaczego poza pewne osiedla twardziel nie wychodzi,nie przenosi się do miejscowości bliskich, zamieszkałych przez ludność tej samej rasy i jednakowo bytującą, dlaczego wreszcie w rodzinach, gdzie zaraza wskutek ciasnoty i nędznych warunków pomieszczenia nie znajduje tamy dla udzielenia się otoczeniu, najczęściej zapadają na twardziel tylko pojedyncze osoby, wyjątkowo więcej. A jednak dopiero rozwiązanie tych zagadnień, a więc przedewszystkiem wykrycie nieznanych dotąd warunków, uzależniających powstawanie twardzieli, wskażą sposób zapobiegania, a tem samem i zwalczania twardzieli tej tak groźnej i prawdopodobnie coraz szersze tereny ogarniającej epidemii. Użyłem wyrazu: prawdopodobnie — gdyż nie posiadam wyników porównawczych liczb z lat dawnych i najbliższych. Zresztą gdyby nawet liczby z lat ostatnich wypadły większe, nie byłyby miarodajne wobec większego obecnie napływu do naszych klinik tych chorych, którzy w latach przedwojennych kierowali się z Kresów do szpitali i klinik rosyjskich, bliżej położonych.

Z ogólnej liczby 81 chorych zanotowanych zostało kilka osób, które zamieszkiwały w miejscowościach położonych na Zachód od Warszawy. Wszyscy jednak w liczbie 5-ciu pochodzili z ośrodków zagnieżdżonej twardzieli. Osoby te, przesiedlone jeszcze w dzieciństwie do obecnego miejsca pobytu, nie uniknęły choroby w wieku późniejszym, zapadły jednak na twardziel tylko same z pomiędzy licznego otoczenia, a dwie z tych pięciu osób, matki licznego rodzeństwa, nie zaraziły swego potomstwa.

Spostrzeżenia te, mające zresztą potwierdzenie w faktach podanych przez prof. Pieniążka, przemawiałyby niewątpliwie za tem, *że twardziel powstaje już w wieku dziecięcym*, i że zanim

dojdzie do wyraźnych objawów, pozostawać może utajoną bardzo długo, niekiedy przez wiek młodzieńczy, aż do lat dojrzałych. Wytłomaczeniu tak niezwykle powolnego przebiegu, tak późnego ujawnienia się twardzieli może odpowiadałoby następujące przypuszczenie. Zgodnie z niejednokrotnie stwierdzonym faktem zanikania w następstwie ostrych infekcyjnych chorób nacieków twardzieli, może niezwykle powolny przebieg twardzieli dałby się wytłumaczyć skutkiem hamującego, powstrzymującego, a nawet niszczącego oddziaływania ostrych chorób zakaźnych tak częstych u dzieci wogóle, a więc i dzieci, dotkniętych twardzielą, na rozwój zmian swoistych twardzielowych.

Zaraźliwość twardzieli dotąd nie dowiedziona, nie znalazła również potwierdzenia w obserwacji materjału naszej kliniki. Jakkolwiek spostrzeżenia, wprawdzie nieliczne (wśród naszej liczby chorych zaledwie trzy), wykazujące obecność twardzieli wśród kilku osób tej samej rodziny, przemawiałyby za zaraźliwością tego cierpienia, to znowu jednak, o wiele liczniejsze przypadki odosobnionej wśród rodzin twardzieli, przeczyłyby możliwości przenoszenia się zakażenia. Za niewątpliwy dowód zaraźliwości twardzieli mogłyby służyć trzy z pośród naszych przypadków, gdzie osoby pochodzące z Warszawy, po stosunkowo niedługim pobycie na stanowisku nauczycielek wiejskich w miejscowościach osiadłej twardzieli, zapadły na twardziel o przebiegu dość ostrym i szybkim, gdyby nie nastręczały się wątpliwości, czy do powstania twardzieli w tych przypadkach nie przyczyniły się przedewszystkiem jakieś dotąd nieznane czynniki miejscowe, w których następstwie dopiero wskutek swoistego zakażenia wytworzyły się zmiany swoiste twardzielowe.

Doświadczenie bowiem dotychczasowe dostatecznie poucza, że samo zetknięcie z chorymi na twardziel, choćby najdłuższe i stałe z nimi obcowanie, o ile odbywa się w ośrodach wolnych od twardzieli, nigdy nie doprowadza do rozwoju twardzieli u ludzi zdrowych, obcujących z chorymi.

Symptomatologja twardzieli dokładnie opracowana dzięki niezwykle drobiazgowemu i wyczerpującemu uwzględnieniu tego działu w monografii, po dziś dzień nie mającej sobie równej i wzorowej, prof. Pieniążka, pozwala w większości przypadków na rozpoznanie twardzieli. Wątpliwości rozpoznawcze ja-

kie nastręczały się dawniej w latach (rok 1890) opublikowania monografii, istniały jedynie wskutek braku nieznanych wówczas metod badania, których stosowanie w dzisiejszych czasach umożliwia rozpoznanie wszystkich bez wyjątku przypadków twardzieli. nietylko w okresie wczesnym, lecz co najważniejsze w okresie zmian utajonych tam, gdzie brak jest jeszcze zmian pod których postacią uzewnętrznia się twardziel w narządach dróg oddechowych górnych.

Dzięki tym czułym i pewnym metodom byliśmy w stanie rozpoznać zakażenie już istniejące i zastosować odpowiednie postępowanie u niektórych osób rodziny, znajdującego się w klinice chorego, posłusznych naszemu wezwaniu i rozumiejących cel badania, u których żadne dotąd objawy zewnętrzne oprócz od dłuższego czasu istniejącego przewlekłego nieżytu dróg oddechowych górnych, nie wskazywały obecności zakażenia swoistego.

Nieznana w latach wydania monografii prof. Pieniążka próba Wassermana ułatwia obecnie odróżnienie podobnych w wielu przypadkach zmian twardzielowych od syfilitycznych. Udoskonalona metoda endoskopii, łatwo wykonalna, uprzystępniająca dla wzroku wnętrze najgłębszych dróg oddechowych, nietylko umożliwia wczesne rozpoznanie zmian tchawicy, ale co najważniejsze przyczyniła się do wyrobienia poglądu na umiejscowienie twardzieli. Do obecnej chwili utrzymuje się przekonanie, że twardziel powstaje i pozostawać może przez czas dłuższy pod postacią zmian odosobnionych w jednym tylko narządzie dróg oddechowych górnych. Za najczęstszy punkt wyjścia, za siedzibę pierwszych. najwcześniejszych zmian twardzieli w związku z poglądami prof. Pieniążka, uznawano dotąd błonę śluzową tylnych otworów nosa, rzadziej okolicę podstrunową krtani. Badania przeprowadzone przy pomocy endo skopii na licznym materjale naszej kliniki wykazały, że w każdym bez wyjątku przypadku twardzieli zmiany równocześnie znajdują się we wszystkich narządach dróg oddechowych. W każdym bezwzględnie przypadku zmiany twardzielowe, jakkolwiek nie zaznaczone w jednakowym stopniu, są rozległe, nigdy nie są odosobnione, stale są obecne zarówno w nosie, w gardzieli (górnej lub środkowej) w krtani i tchawicy.

Rozpoznanie twardzieli da się ustalić nieomylnie przy po-

mocy metody Bordet — Gengou. Próba ta, wprowadzona w celu wykrycia twardzieli pierwszy raz przed innymi przez D-ra J. Brunnera, w pracowni Szpitala Ś-go Ducha w Warszawie, w każdym przypadku twardzieli naszego materjału dała wynik dodatni. Wynik potwierdzający wypadł niejednokrotnie i tam, gdzie próba stosowana była jedynie w celu wykrycia zakażenia, przypuszczalnie istniejącego u osób z rodziny chorego, u których poza przewlekłym nieżytem dróg oddechowych, zwłaszcza nosa, nie dało się stwierdzić jeszcze żadnych wyróżniających dla twardzieli zmian w górnych drogach odechowych.

W każdym również przypadku twardzieli *dodatnio* wypada hodowla krwi. Posiew na agarze kropel krwi pobranej z naciętej w przedniej części nosa błony śluzowej, (na spodzie przewodu lub muszli) wykazuje w hodowli lasecznik twardzieli nie tylko w przypadkach wybitnie zaznaczających się zmian na błonie śluzowej nosa. Próba ta wypadnie dodatnio również wtedy, kiedy błona śluzowa w miejscu pobierania krwi nie wykazuje zgoła żadnych zmian charakterystycznych, albo też znajduje się zaledwie w stanie zaniku.

Do metod pomocnych również w rozpoznaniu twardzieli zwłaszcza w odróżnieniu zmian jeszcze niezbyt wyraźnych okresu początkowego pomocną bywa także pierwszy raz zastosowana przez D-ra Lewenfisza w naszej klinice próba szybkości opadania krwinek. Sprawdzona na dużym materjale okazała się próbą pewną, umożliwiającą, na podstawie odmiennych wyników, odróżnienie istniejących w krtani zmian twardzielowych od podobnych zmian gruźliczych. Zarówno próba Bordet-Gengou, jak i próba hodowli krwi, stanowią metody niezawodne w rozpoznaniu twardzieli. Za bardziej przydatną, bo prostszą w wykonaniu, w wyniku mniej zależną od samego sposobu pobierania krwi od chorego, uznać należy próbę Bordet-Gengou. Wynik hodowli krwi zależy od przestrzegania i zachowania obowiązujących, w sensie bakterjologicznym, ostrożności podczas posiewu krwi na pożywkę. Wzgląd zaś na jałowość łatwo dającej się pobrać, dla dokonania próby Bordet-Gengou, krwi od chorego odpada i o wyniku próby nie decyduje.

W leczeniu twardzieli, poza tracheotomią — zabiegiem ratującym życie chorego w razie ciężkiej duszności, w klinice na-

szej stosowane było prawie wyłącznie naświetlanie promieniami Rentgena. Leczenie szczepionkami, rozpoczęte w 1909 roku w naszym szpitalu, zgodnie z otrzymanemi wynikami, ogłoszonemi w 1913 r. w pracy D-rów Brunnera i Jakubowskiego, zachowane zostało tylko dla przypadków twardzieli wczesnej, niezadawnionej. Pod wpływem swoistego leczenia zmniejszają się i zanikają zmiany rozrostowe, młode, choroba nie postępuje. To samo jednak w czasie krótszym da się osiągnąć przez Rentgenoterapię. Leczenie promieniami Rentgena zapoczątkowane w 1902 r. przez Dr. Antoniego Rydygiera ze Lwowa, na razie w skutkach niepewne z biegiem czasu, dzięki technicznemu udoskonaleniu metody, zyskało ogólne uznanie. Wyniki otrzymane niekiedy są zadziwiające. Słusznym przeto jest pogląd prof. Baurowicza, że dzięki stosowaniu promieni Rentgena obecnie rzadko zachodzi potrzeba wykonywania tak częstej ongiś laryngofissury. Pod wpływem naświetlań istotnie najrozleglejsze nacieki twardzielowe ustępują, a drożność krtani lub nosa, o ile nie została już upośledzona przez zmiany bliznowate, powraca bez pomocy zabiegu chirurgicznego. W przypadkach zwężenia tchawicy nieocenione usługi oddaje tracheoskopia. Samo wprowadzenie tracheoskopu uwalniające wnętrze tchawicy od zalegających strupów, niekiedy znowu zabieg dodatkowy, połączony z usunięciem rozrostów twardzielowych, powraca drożność tchawicy. Dalsze zadanie lecznicze spełnia metodyczne naświetlanie promieniami Rentgena. Wobec w każdym przypadku twardzieli, istniejących równocześnie zmian we wszystkich narządach dróg oddechowych górnych, nie należy poprzestać na naświetlaniu tylko tego narządu, w którym zmiany doprowadzające do zaburzeń zaznaczają się wybitnie, lecz zawsze należy poddać leczeniu wszystkie narządy górnych dróg oddechowych.

Na podstawie obserwacji chorych na twardziel z ostatnich lat w klinice Laryngootjatrycznej Uniwers. Warszawskiego oraz z lat dawniejszych w przychodni szpitala Ś-go Ducha dadzą się wyprowadzić następujące wnioski.

1. Twardziel jest cierpieniem przewlekłem, nabytem w dzieciństwie.

2. Niezawodną, rozstrzygającą metodą rozpoznawania twardzieli jest próba Bordet-Gengou z antygenem swoistym (lasecznikiem twardzieli) i surowicą chorych, zastosowana poraz


Województwa
1. Warszawskie
2. Łódzkie
3. Kieleckie
4. Lubelskie
5. Białostockie
6. Nowogródzkie
7. Poleskie
8. Wołyńskie
9. Poznańskie
10. Pomorskie
11. Krakowskie
12. Lwowskie
13. Stanisławowskie
14. Tarnopolskie
15. Śląskie
16. Wileńskie
● Oznaczono miejscowości, skąd pochodziły przypadki twardzieli leczone w Klinice laryngo-otiatrycznej U. W. w latach 1921-1927.
⊙ MIASTA WOJEWÓDZKIE.
Wilno
16.
Grodno
Lida
Nowogródek
6.
Kolno
Łomża
Białystok
5.
Toruń
10.
Poznań
9.
Pułtusk
Ostrów
Małkinia
Sokołów
Warszawa
1.
Siedlce
Biała
Łuków
Radzyń
Kock
Lubartów
Lublin
4.
Włodawa
Chełm
Hrubieszów
Brześć n/B.
Kobryń
Prużany
Wołkowysk
Pińsk
7.
Łuniniec
Nieśwież
Kowel
Łuck
8.
Łódź
2.
Kozienice
Radom
Opatów
Kielce
3.
Katowice
15.
Kraków
11.
Lwów
12.
Tarnopol
14.
Stanisławów
13.
Uszyca

pierwszy przed innymi przez D-ra Jerzego Brunnera w pracowni Szpitala Ś-go Ducha w Warszawie.

3. Jednakową, co próba Bordet-Gengou, wartość rozpoznawczą posiada wprowadzona przez nas oddawna hodowla krwi, pobranej z błony śluzowej przedniej części przewodu nosa. Wynik hodowli we wszystkich bez wyjątku przypadkach twardzieli wypada dodatnio, choćby błona śluzowa w miejscu, skąd pobraną została krew, nie przedstawiała zmian charakterystycznych dla twardzieli.

4. W każdym przypadku twardzieli zmiany swoiste, wbrew dotychczasowym ogólnie przyjętym poglądom, istnieją równocześnie, choć w niejednakowym stopniu, we wszystkich narządach górnych dróg oddechowych.

5. Pomocną w rozpoznaniu twardzieli bywa niekiedy próba szybkości opadania krwinek.

6. Zaraźliwość twardzieli nie jest dowiedziona.

7. Patogeneza twardzieli jest nieznana.

8. Dopiero rozwiązanie patogenezy twardzieli doprowadzi do wykrycia środków zapobiegania i zwalczania twardzieli.

9. Poszukiwanie istotnej przyczyny twardzieli związane z rozległemi badaniami nad wykryciem nieznanych dotąd warunków, sprzyjających powstawaniu i szerzeniu się twardzieli, nie może być dokonane wysiłkiem pojedyńczych jednostek, zwłaszcza na terenie kliniki. Do tego potrzebna jest pomoc szersza społeczna, niezbędny jest udział władz państwowych, które na mocy istniejących już dla walki z epidemiami przepisów ogólnych, jakoteż przez specjalne zarządzenia, poczęści przez klinikę wskazane dla walki z twardzielą, jedynie są powołane do zorganizowania planowej akcji zwalczania twardzieli.

10. W programie zorganizowanej akcji za najistotniejsze uważałbym przeprowadzenie przedewszystkiem dokładnych badań wśród dzieci szkół powszechnych w miejscowościach, objętych twardzielą.

OBCE CIAŁA W DROGACH ODDECHOWYCH I PRZEŁYKU.

podał D-r. HENRYK LEWENFISZ asystent kliniki.

Chorzy z obcemi ciałami w drogach oddechowych względnie pokarmowych zgłaszając się do lekarza, wskazują wyraźnie na przeniknięcie obcego ciała do organizmu. mają podejrzenie na obecność obcego ciała, wreszcie obce ciało bywa rozpoznawane u chorego, który tego nie podejrzewa.

Gdy zgłasza się do nas chory ze skargami na obecność obcego ciała, należy rozstrzygnąć dwa zasadnicze pytania: 1° Czy rzeczywiście istnieje obce ciało, 2° Czy znajduje się w drogach oddechowych czy też pokarmowych.

Zaczynamy od wywiadów, które muszą być dokładnie zebrane i krytycznie ocenione. Często jedynie na zasadzie wywiadów stawiamy rozpoznanie, a więc i wskazanie do wykonania ezofago — względnie bronchoskopji, w wielu bowiem przypadkach obce ciała nie dają żadnych objektywnych objawów, a i prześwietlenie promieniami Rentgena nie wszystkie ciała wykazuje.

Przy zbieraniu wywiadów należy zwrócić szczególną uwagę na moment przeniknięcia obcego ciała do organizmu, gdyż inaczej zachowuje się chory przy przedostaniu się obcego ciała do dróg oddechowych, a inaczej do przełyku.

W pierwszym wypadku mamy zawsze przemijającą duszność i kaszel (nie dotyczy to oczywiście ludzi znieczulonych i nieprzytomnych), w drugim nieznaczny ból, częściej odczuwany dopiero po ustaleniu się obcego ciała w przełyku.

Obce ciała w drogach oddechowych nie dają zwykle objawów bólowych, duszność zaś trwa, o ile obce ciało pozostaje w tchawicy i jest takich rozmiarów, że zasłania światło; gdy zaś obce ciało wpada do oskrzela, to najczęściej w okresie po-

cząłkowym nie daje żadnych objawów subjektywnych; objawy występują dopiero po kilku dniach, tygodniach a nawet miesiącach i są zależne od powikłań wywołanych zwężeniem, względnie zamknięciem oskrzela.

O ile obce ciało przenika do organizmu, nie wywołując wcale kaszlu, to prawie z pewnością powiedzieć można, iż ciało to nie znajduje się w drogach oddechowych.

Dostając się do przełyku, obce ciało może przez podrażnienie krtani wywołać kaszel, nawet duszność znacznego stopnia, jak to stwierdziliśmy kilkakrotnie u małych dzieci w pierwszym i drugim roku życia. Obce ciała były w tych wypadkach umiejscowione w górnej części przełyku, — były to duże monety lub guziki. Już samo wprowadzenie ezofagoskopu wywołuje u małych dzieci przejściową duszność wskutek uciśnięcia krtani bardzo miękkiej w tym okresie życia.

Kaszel i duszność należą do czynników decydujących w rozpoznawaniu obcych ciał jedynie wtedy, gdy występują nagle u osobników dotąd zdrowych, Niedokładne wywiady mogą być źródłem omyłek, jak to ilustruje następujący przykład.

Do kliniki został przywieziony chłopiec Ch. M. lat 11 z Radomia, skierowany przez miejscowego lekarza z rozpoznaniem obcego ciała w tchawicy. Ojciec chorego podaje, iż przed trzema tygodniami podczas obiadu chory zaczął się dusić i kasłać. Po kilku uderzeniach w plecy chłopiec wypluł kawałek mięsa, lecz duszność pomimo to nie ustąpiła, zmniejszyła się nieco pod wieczór. Od tego czasu duszność trwa o zmiennem natężeniu. Stan obecny chorego: blado-sinawy odcień twarzy, wciąganie dołków nadobojczykowych i nadmostkowego. Na całej przestrzeni płuc oddech zwężeniowy. Prześwietlenie promieniami Rentgena stwierdziło nieznaczne zaciemnienie wnęk płucnych. Masa kontrastowa zatrzymuje się w przełyku dość długo w miejscu, odpowiadającem połowie długości tchawicy. Tracheoskopja wykazała wypuklenie tylnej ściany tchawicy powyżej miejsca rozwidlenia w stopniu tak znacznym, iż nie widać klina podziałowego, tylna ściana tchawicy styka się prawie z przednią. Ezofagoskopja zmian nie wykazała. W przypadku tym rozpoznaliśmy zwężenie tchawicy pochodzenia uciskowego w zależności od powiększenia gruczołów okołotchawicowych.

Dodam w tym miejscu, że podczas zbierania wywiadów pytałem ojca chorego, czy chłopak poprzednio zupełnie swobodnie oddychał; okazuje się że i poprzednio miewał często duszność, jednak w znacznie mniejszym stopniu. Chociaż więc pozornie wywiady i objawy przemawiały za obcem ciałem, to jednak szczegółowe zebranie wywiadów mogło uchronić od fałszywego rozpoznania.

Po zebraniu wywiadów przystępujemy do badania chorego Należy zawsze dokładnie zbadać gardziel, nosogardziel, nos, krtań, oraz bardzo dokładnie klatkę piersiową. Często przy niewklinowanych obcych ciałach tchawicy słychać poza oddechem zwężeniowym charakterystyczne dźwięki, zależne od uderzania latającego obcego ciała o struny głosowe i opadania podczas aktu oddechowego. Jeżeli obce ciało zalega w oskrzelu, to zależnie od tego czy zatyka oskrzele zupełnie, czy też częściowo — objawy fizykalne, otrzymane drogą wysłuchiwania wykazywać będą brak zupełny oddechu lub jego osłabienie, oraz brak drżenia głosowego na odpowiedniej stronie klatki piersiowej przy normalnym odgłosie opukowym. Często w tych razach bywa mylnie rozpoznawany wysięk opłucnej.

Bardzo ważnym czynnikiem rozpoznawczym jest prześwietlenie promieniami Rentgena, ale tylko w przypadkach, w których obecność obcego ciała da się tą metodą wykazać.

W przypadkach ciał obcych w przełyku, nie uwydatniających się przy prześwietleniu promieniami Rentgena, bardzo pomocną jest metoda Boyce'a, polegająca na podaniu kapsułki z bizmutem; jeżeli obce ciało jest dość duże, aby przeszkodzić przejściu kapsułki, ta ostatnia zatrzymuje się i pozostaje przez pewien czas w tym miejscu, gdzie znajduje się obce ciało. Stwierdzamy w ten sposób obecność; umiejscowienie obcego ciała. Prześwietlenie należy wykonać dwie — trzy minuty po podaniu kapsułki, gdyż w przełyku normalnym bez ciała obcego może się ona zatrzymywać w zwężeniach fizjologicznych, to zatrzymanie trwa jednak zaledwie parę sekund.

Ścisła lokalizacja ciał obcych w drogach pokarmowych lub oddechowych jest bardzo pożądana, skraca ona czas szukania przy pomocy ezofago—względnie bronchoskopu, pozwalając lekarzowi skierować odrazu endoskop na miejsce, gdzie znajduje się obce ciało.

Ujemne wyniki badania rentgenologicznego nie wykluczają obecności ciała obcego. Mimo ujemnych wyników musimy często zakładać endoskop, gdy objawy albo wywiady przemawiają za obecnością ciała.

O ile badanie fizykalne włącznie z prześwietleniem promieniami Rentgena nie wyklucza obecności obcego ciała, przy istnieniu podejrzenia na jego obecność, to mamy bezwzględne wskazanie do wykonania broncho — względnie ezofagoskopji.

Ciała obce dla przedostania się do dróg oddechowych muszą przezwyciężyć przeszkody protekcyjne normalne, któremi są odruchy. Wszystko co znosi lub zmniejsza odruchy stanowi czynnik etjologiczny w przedostawaniu się ciał obcych do dróg oddechowych, a więc sen, znieczulenie, nietrzeźwy stan, omdlenie i t. p.

Do tej grupy należą ciała obce, które dostają się do dróg oddechowych najczęściej bez wiedzy chorego. Jako wyjątkowy przytoczę przypadek następujący:

Dnia 4-X-1924 r. zgłosił się do kliniki chory Aleksander P. lat 26 ze skargami na kaszel i dławienie w gardle. Stan ten trwa już kilka miesięcy, W krtani przy badaniu lusterkiem widać pod strunami głosowemi dwa zęby. Na pytanie czy nie „połknął“ protezy zębowej, chory odpowiedział przecząco, przypomniał sobie jednak już po usunięciu obcego ciała, iż przed pięcioma miesiącami, wstając z rana, stwierdził, iż proteza zębowa jest połamana i brak było jednej części. Mimo skrupulatnego szukania nie mógł jej wtedy znaleźć. Obce eiało usunięto za pomocą tracheoskopu — była to proteza z trzema zębami i haczykami (N. tabl. 44). Na szczególną uwagę zasługuje drugi przykład, należący do tej samej grupy.

Chory Ł. lat 42, konduktor tramwajów został poddany operacji wewnątrznosowej w znieczuleniu miejscowem z powodu zatkania lewego przewodu nosowego. Podczas zabiegu wystąpił gwałtowny kaszel, który uporczywie trwał w ciągu dni następnych. Chory szukał pomocy u wielu lekarzy; większość lekarzy rozpoznawało zapalenie oskrzeli, dwuch — wysięk opłucnej. Kilkakrotnie dokonane zdjęcia rentgenologiczne klatki piersiowej żadnych zmian nie wykazały. W miesiąc po dokonanej operacji chory został skierowany na klinikę przez jednego z lekarzy.

U chorego stwierdziliśmy oddech zwężeniowy po stronie prawej w okolicy dolnego kąta łopatki, znaczne osłabienie oddechu w dolnej części prawego płuca, zupełny brak oddechu w linji pachowej. Odgłos opukowy normalny na całej przestrzeni płuc, drżenie głosowe nieco osłabione w dolnej części prawego płuca. Na zasadzie powyższych objawów rozpoznaliśmy zatkanie prawego głównego oskrzela, zaś wziąwszy pod uwagę wywiady chorego (nagły początek podczas zabiegu operacyjnego), rozpoznaliśmy zatkanie oskrzela przez obce ciało. Badanie rentgenologiczne nic szczególnego nie wykazało.

Bronchoskopja wykazała w drugorzędnem oskrzelu po stronie prawej obce ciało koloru szaro-białego, ponad obcem ciałem widać ziarninę. Usunięte obce ciało okazało się kamykiem nosowym (rhinolith), który wpadł niewątpliwie do oskrzela podczas operacji.

Widocznie podczas znieczulania nosa kokaina przedostała się do gardzieli i krtani. Znieczulona w ten sposób krtań nie przedstawiała naskutek zniesienia odruchów protekcyjnych przeszkody dla przedostania się obcego ciała do dolnych dróg oddechowych (N tabl. 95).

Obce ciała umiejscawiają się zazwyczaj w pewnych określonych miejscach. Składają się na to dwie przyczyny:

1⁰ objętość i kształt ciał obcych,

2⁰ własności anatomiczne różnych okolic.

Ciała zaostrzone mogą się zatrzymać w każdem miejscu, jeżeli ostrze jest skierowane wdół.

W drogach oddechowych ciała obce zatrzymują się często w miejscu rozdwojenia tchawicy; dzieje się to naskutek mniejszego wymiaru średnicy każdego oskrzela, niż średnicy tchawicy.

Ciała obce częściej przenikają do oskrzela prawego, aniżeli do lewego: 75% ciał obcych, przenikających do oskrzeli, znajdują się w oskrzelu prawem. Składają się na to stosunki anatomiczne i fizjologiczne;

1⁰ Większy wymiar średnicy oskrzela prawego,

2⁰ mniejszy kąt odchylenia tegoż oskrzela,

3⁰ Umiejscowienie ostrogi na lewo od osi tchawicy,

4° Silniejszy prąd powietrza przenikający do oskrzela prawego podczas wdechu.

Obce ciało może być samo przez się wyksztuszone przez kaszel, zwłaszcza u ludzi dorosłych. Najłatwiej bywają wyksztuszane ciała obce o nizkim ciężarze gatunkowym.

Ciała obce cienkie, długie, zaostrzone i o wysokim ciężarze gatunkowym (szpilki, igły, gwoździe) nie bywają nigdy wyksztuszone, gdy znajdują się już pod strunami głosowemi. U osesków i małych dzieci obce ciało nie bywa nigdy wyksztuszone.

Wskazania do bronchoskopji w przypadkach ciał obcych są następujące:

a) Stwierdzenie ciała obcego lub cienia podejrzanego na zdjęciu rentgenologicznem.

b) przypadki z objawami zwężenia tchawicy lub oskrzeli,

c) przypadki, kiedy pacjent bezwzględnie twierdzi, że wchłonął obce ciało, przy obecności objawów charakterystycznych dla wpadnięcia obcego ciała.

Jedynie stan agonalny jest przeciwskazaniem do wykonania bronchoskopji w przypadkach ciał obcych.

W przypadkach znacznego wyczerpania pacjenta, zwłaszcza po nieudanych próbach usunięcia obcego ciała, należy nieco zaczekać z zakładaniem bronchoskopu o ile niema duszności wywołanej zaleganiem obcego ciała. Zapalenie, ropień, zgorzel płuc, spowodowane obecnością ciała obcego nie są przeciwskazaniem do niezwłocznego usunięcia ciała obcego za pomocą bronchoskopu.

Naogół nie należy się ociągać z wykonaniem bronchoskopji w celu usunięcia obcego ciała, trudności bowiem usunięcia wzrastają z godziny na godzinę. Oskrzela ulegają zwężeniu lub zatkaniu przez występujący obrzęk śluzówki, lub przez wytwarzającą się w następstwie tkankę ziarninową, łatwo krwawiącą i utrudniającą zabieg.

Jeżeli obce ciało, zwłaszcza łatwo pęczniejące, zatyka oskrzele, wyczekiwanie grozi wystąpieniem niedodmy, zgorzeli płuc i t. p. powikłań.

Usunięcie za pomocą bronchoskopu ciała obcego objętościowego, niedawno wchłoniętego, nie przedstawia specjalnych trudności.

Ciało obce, znajdując się przez dłuższy czas w drogach oddechowych, może być zamaskowane przez procesy wtórne. Małe ciała obce są często bardzo trudne do wykrycia. Reakcja miejscowa w jakiemkolwiek miejscu oskrzela lub tchawicy upoważnia nas do gorliwego szukania ciała obcego. Często w przypadkach przewlekłych obce ciało bywa całkowicie ukryte w ziarninie i staje się dopiero widocznem po usunięciu ziarniny.

Naogół bronchoskopja w przypadkach ciał obcych daje dobre wyniki. Reakcji ogólnej przeważnie niema. Reakcja miejscowa ogranicza się do lekkiego przekrwienia krtani wywołującego nieznaczne kilkudniowe ochrypnięcie.

Zejście niepomyślne może zależeć od dwuch przyczyn:

a) nieumiejętnie wykonanej bronchoskopji,

b) od powikłań wywołanych obcem ciałem.

U dzieci do lat sześciu stosuje się naogół bronchoskopję dolną, z powodu występującego jakoby naskutek górnej bronchoskopji obrzęku podgłośniowego. Jest to zasada niesłuszna, czego dowodzą przytoczone poniżej przykłady:

Dnia 28-XI-26 r. przywieziono do kliniki Stasię W. lat 4; przed pięciu dniami zachorowała nagle podczas zabawy, polegającej na chwytaniu przy pomocy ust rzucanych w górę ziaren grochu. Choroba zaczęła się od duszności, krótkotrwałej i wielokrotnie w ciągu dnia wracającej sinicy; uporczywy kaszel trwał w ciągu całej doby. Wezwany lekarz rozpoznał pseudokrup. Wobec częstych napadów duszności, pogorszenia stanu ogólnego dziecka, sprowadzono dziewczynkę do Warszawy.

Stan przedmiotowy dziecka w chwili przybycia na klinikę przedstawiał się, jak następuje: Sinawe zabarwienie twarzy, głębokie wciąganie dołków nadobojczykowych i nadmostkowego, mięśnie szyi napięte, szyjne naczynia żylne znacznie rozszerzone, grubości palca. Podczas kaszlu słychać od czasu do czasu uderzenie obcego ciała o struny głosowe.

Dokonano bronchoskopji górnej i usunięto obce ciało (ziarno grochu). Zabieg trwał wszystkiego cztery minuty. Po usunięciu obcego ciała duszność nie ustąpiła, wobec czego wykonano tracheotomję. Dnia następnego rurkę usunięto (tabl. № 91).



II-i przyp. 22-VII-26 r. został przywieziony do kliniki Andrzej K. lat 3.

Przed czteroma dniami bawił się, trzymając w ustach pocisk karabinowy. W pewnej chwili wystąpił gwałtowny kaszel duszność nasilająca się z dnia na dzień. Zdjęcie rentgenologiczne stwierdziło obce ciało w prawem głównem oskrzelu. Wykonano tracheoskopję dolną i usunięto obce ciało — kulę karabinową (№ 85). Otworu tracheotomijnego nie można było z powodu duszności zaszyć; wobec tego wstawiono rurkę tracheotomijną, którą usunięto dnia następnego — otwór tracheotomijny zaszyto.

III-i przyp. 26-XII-26 r. przywieziono na klinikę dwuletnią Surę K. z objawami wybitnej duszności. 24-XII dziecko wchłonęło pestkę od dyni; odrazu wystąpiła duszność, która zmniejszyła się po kilku godzinach. Lekarz miejscowy rozpoznał pseudokrup. Dnia następnego duszność znacznie się wzmogła. Dokonano tracheotomji, przyczym w otworze tracheotomijnym ukazało się obce ciało — pestka od dyni, którą usunięto haczykiem. Tracheoskopu nie wprowadzono. I w tym przypadku nie udało się zaszyć otworu tracheotomijnego, rurkę usunięto dopiero po dwuch dniach (№ 45).

We wszystkich powyższych przypadkach, jak i w wielu podobnych, duszność była spowodowana obrzękiem podgłośniowym, wywołanym jednak nie bronchoskopją, lecz obcym ciałem. Wykonanie tracheskopji dolnej w podobnych przypadkach o tyle jest słuszne, iż nie wymaga wtórnej tracheotomji, do której musimy się często uciekać w przypadkach tracheoskopji górnej. W zasadzie zaś przy braku obrzęku podgłośniowego można w każdym wieku zastosować tracheo—bronchoskopję górną, którą ze znakomitemi skutkami wykonaliśmy w niektórych przypadkach. Nie należy oczywiście posiłkować się rurami zbyt dużych rozmiarów, ani też zbyt forsownie wprowadzać tracheoskopu. Należy zwracać uwagę na prawidłowe ułożenie chorego: oś długa tchawicy znajdować się winna w jednej linji z bronchoskopem po wprowadzeniu jego do tchawicy. Wyciąganie obcego ciała nie powinno wywołać żadnego urazu.

Obce ciała w drogach oddechowych u małych dzieci są często przyczyną włóknistego zapalenia tchawicy i oskrzeli,

które kończy się zazwyczaj niepomyślnie nawet w przypadkach usuniętego obcego ciała.

Przejdziemy obecnie z kolei rzeczy do omówienia ciał obcych w przełyku. Na zatrzymywanie się obcych ciał w przełyku składają się następujące czynniki: kształt ciała obcego, jego rozmiary, zwężenia fizjologiczne, czynnościowe lub organiczne przełyku; porażenie normalnego mechanizmu ruchów przełyku. W 30% naszych przypadków ciał obcych stwierdziliśmy zwężenie przełyku poniżej miejsca zatrzymania się obcego ciała. Zwężenia te w pierwszym rzędzie powstają na tle otrucia, drugie miejsce zajmują zwężenia nowotworowe, trzecie — zwężenia na tle skurczów przełyku. W jednym naszym przypadku zwężenie było spowodowane wrodzoną diafragmą przełyku na wysokości odpowiadającej rozwidleniu tchawicy. Dotyczyło to 19-letniej dziewczyny, która na trzy dni przed przybyciem do kliniki połknęła duży kawałek mięsa i od tego czasu nie może połykać płynnych ani stałych pokarmów; bólu nie odczuwa. Pacjentka i poprzednio nie mogła połykać dużych kęsów. Momentu traumatycznego w wywiadach nie było. Ezofagoskopja stwierdziła w przełyku na wysokości odpowiadającej rozwidleniu tchawicy obce ciało — kawał mięsa wielkości włoskiego orzecha. Po usunięciu obcego ciała stwierdziliśmy diafragmę z otworem pośrodku o średnicy 4—5 mm.; żadnych blizn w okolicy diafragmy nie stwierdzono.

We wszystkich przypadkach zalegania ciał obcych w przełyku nie przepuszczających płynów, zatoki gruszkowate są wypełnione śliną—jest to cenny objaw zamknięcia przełyku.

Większość ciał obcych zatrzymuje się w górnej trzeciej części przełyku z powodu istniejącego tu fizjologicznego zwężenia. W części śródpiersiowej ciała nawet dość duże z łatwością przesuwają się wdół. U dorosłych obce ciała zatrzymują się najczęściej w odległości 20 — 25 cm. od górnych siekaczy, u dzieci na linji obojczyków albo tuż poniżej. Rzadziej obce ciała zatrzymują się nad wpustem żołądka.

Do najczęstrzych obcych ciał w przełyku należą:
kości — 60%
protezy zębowe — 25%
monety i guziki — 10%
igły, szpilki, agrafki, kawałki blachy — 5%.

Głównym podmiotowym objawem obcego ciała w przełyku jest ból i niemożność łykania. Często małe obce ciało może wywołać zupełną niezdolność łykania nawet płynów. Takie zamknięcie bywa spowodowane skurczem, obrzękiem ścian przełyku, nagromadzeniem pokarmów nad ciałem obcem. Jednym z objawów obecności obcego ciała w przełyku może być duszność, jak to ilustruje przytoczony poniżej przypadek:

14-X-1926 r. przywieziono do kliniki 37 letnią Tatjanę E. która połknęła podczas snu aparat zębowy, złożony z 6-ciu zębów i haczyka. Chora obudziła się z objawami duszności, która wkrótce zmniejszyła się nieco, lecz nie ustępowała. Chorą sprowadzono do kliniki w godzinę po wypadku. Duszność znacznego stopnia nasuwała podejrzenie istnienia obcego ciała w tchawicy. Chora mogła połykać jedynie płyny. Ezofagoskopja wykazała obecność obcego ciała w górnej części przełyku na wysokości obojczyków. Po usunięciu protezy duszność natychmiast ustąpiła. Zwężenie tchawicy w tym wypadku było niewątpliwie spowodowane uciskiem obcego ciała na błoniastą ścianę tchawicy.

Zwłaszcza u dzieci duszność jest częstym objawem obcego ciała w przełyku, stwierdziliśmy to wielokrotnie na naszym materjale.

Do objawów rzadkich należy czkawka, w jednym z naszych przypadków była ona dominującym objawem:

Dnia 7 lutego 1927 r. zgłosił się do kliniki Bronisław M. lat 60. Na trzy dni przed przybyciem pacjent poczuł podczas jedzenia ryby dotkliwy ból w gardzieli. Ból przeniósł się następnie w okolicę mostka. Od tej chwili chory nie mógł połykać pokarmów stałych ani płynnych. Dnia następnego wystąpiła czkawka oraz silny ból w plecach. Czkawka trwała bezustannie w dzień i w nocy. Po znieczuleniu gardzieli czkawka ustąpiła. W przełyku na głębokości 25 cm. od zębów stwierdzono obce ciało — duży trzon rybi z czterema dużemi kolcami (tabl. 94). Po ustąpieniu znieczulenia czkawka znów wystąpiła aczkolwiek w słabszym stopniu, dnia następnego ustąpiła zupełnie.

Z objawów obcych ciał w przełyku pamiętać należy o kaszlu. Kaszel zależeć może od odruchowego podrażnienia, od wydzielin gromadzących się w krtani naskutek zamknięcia prze-

łyku; od przedziurawienia ściany tchawicy, co powoduje przenikanie pokarmów i wydzielin z przełyku do tchawicy; wreszcie ciało obce może tkwić częściowo w przełyku, częściowo w tchawicy i wywołać w ten sposób kaszel:

Stanisław P. lat 33 zgłosił się dnia 12-II-1927. Dnia poprzedniego, podczas usuwania nerwu zębowego za pomocą nerwociągu przez lekarza dentystę, poczuł igłę w gardzieli, po chwili igła obsunęła się niżej, przyczym wystąpił kaszel z nieznacznym odpluwaniem krwi. Przy przyjmowaniu pokarmów kaszel się wzmagał, przyczym chory odczuwał silny ból. Z powodu bólu i kaszlu, nasilających się przy każdym akcie połykowym, pacjent nie mógł przyjmować pokarmów płynnych ani stałych. Zdjęcie rentgenologiczne stwierdziło obce ciało — nerwociąg, główką skierowany wdół, w okolicy mostka tuż poniżej linji obojczyków. Rentgenolog rozpoznał obce ciało w przełyku.

Ezofagoskopja nie wykazała obcego ciała w przełyku, koniec zaś ezofagoskopu napotykał coś ostrego, wywołując przy każdorazowem dotknięciu gwałtowny kaszel. Wprowadziliśmy zatem tracheoskop do tchawicy i stwierdziliśmy tuż na tylnej ścianie tchawicy mocno wbitą igłę, której ostry koniec, jak wynika z poprzedniego, tkwił w przełyku (№ tabl. 96).

Obce ciało w przełyku może przez długie lata nie powodować żadnych objawów, jeżeli jego rozmiary, kształt i położenie nie utrudniają przedostawania się pokarmów do żołądka — są to jednak wypadki wyjątkowe. Naogół już po kilku dniach ciepłota się podnosi, występują objawy zapalenia okołoprzełykowego; o ile obce ciało nie zostało w porę usunięte, wystąpić może zapalenie śródpiersia. Przy ezofagoskopji w przypadkach dłużej zalegających ciał obcych zawsze prawie stwierdzamy rozległe odleżyny w ścianie przełyku.

Rokowanie co do czynności przełyku w przypadkach dłuższego zalegania ciała obcego zależy od czasu zalegania; im dłużej obce ciało pozostawało in situ, tem większe jest prawdopodobieństwo zwężenia przełyku.

W erze ezofagoskopowej rokowanie w przypadkach ciał obcych w przełyku jest naogół zupełnie dobre; zejście niepomyślne następuje przeważnie naskutek urazów wywołanych przepychaniem lub nieumiejętnemi, najczęściej na ślepo, próbami usuwania.



Ilustruje nam to opis następujących przypadków.

I przyp. Mikołaj K. lat jeden, miesięcy dziewięć, połknął przed tygodniem dwadzieścia kopiejek srebrnych (N. tabl. 93) Początkowo ciężko oddychał, kaszlał. Oddech w ciągu następnych dni poprawił się, kaszel nie ustępował. W ciągu pierwszych pięciu dni łykał normalnie. Od dwuch dni łyka z trudem, od tego czasu gorączkuje. Dziecko zostało przywiezione z Białegostoku, gdzie wykonano kilka bezskutecznych prób przepchnięcia i usunięcia monety. W stanie ciężkim przywiezicno dziecko do kliniki.

Prześwietlenie promieniami Rentgena wykazało obce ciało w górnej części przełyku. Wykonano ezofagoskopję bez uspienia. W fałdzie przedniej ściany przełyku tkwiła moneta, ustawiona równolegle do osi ciała.

Po usunięciu monety w miejscu zalegania obcego ciała stwierdziliśmy odleżynę. Już dnia następnego dziecko czuło się dobrze.

II-i przyp. Alter W. lat 28 zgłosił się 8 lutego 1926 r. Przed dwoma dniami utkwiła mu podczas jedzenia kość w przełyku. Wezwany lekarz usiłował kilkakrotnie przepchnąć kość. Po tym zabiegu pacjent nie był w stanie przełknąć śliny, odczuwa ból na wysokości trzeciego -- czwartego żebra po stronie prawej.

Ucisk szyi nad obojczykiem powoduje gwałtowny ból. Ciepłota 38,6°.

Badanie laryngoskopowe stwierdziło wypełnienie obu zatok gruszkowatych śluzowo-ropną wydzieliną. Zdjęcie rentgenologiczne nie wykryło obcego ciała. Ezofagoskopja dała wynik następujący: W odległości 30 cm. od górnych i siekaczy znaczne uwypuklenie tylno-bocznej ściany przełyku od strony prawej. Śluzówka przedstawia miejscami zmiany zgorzelinowe. Przy uciskaniu końcem ezofagoskopu miejsca uwypuklenia wydziela się obfita cuchnąca ropa. Po aspirowaniu ropy ukazuje się w ścianie przełyku poprzecznie ustawiona mocno wklinowana kość. Kość usunięto, chory wypisał się z kliniki po czterech dniach w stanie zupełnie dobrym.

III-i przyp. Andrzej K. lat. 43. W dwa dni przed przybyciem do kliniki stanęło mu coś podczas jedzenia w przełyku. Od tej chwili nie mógł nic przełknąć. Lekarz, do którego natychmiast się zwrócił, usiłował bezskutecznie obce ciało usu-

nąć. Następnego dnia stan chorego znacznie się pogorszył. Do niemożności łykania przyłączyła się duszność. Do kliniki przywieziony w stanie ciężkim. Ciepłota $38,9^0$. Sinica twarzy oddech zwężeniowy, oddechanie przyspieszone. Nacieczenie tkanek w okolicy nad i podobojczykowej prawej i w okolicy potylicy. Ucisk na nacieczone tkanki wywołuje trzeszczenia. W gardzieli — zaczerwienienie i obrzęk miękkiego podniebienia i bocznej ściany po stronie prawej. W zatoce gruszkowatej prawej obrzęk, miejscami zgorzel śluzówki. U wejścia do przełyku stwierdzono obce ciało — kawał sadła z chrząstką wielkości jaja kurzego. Śluzówka w miejscu obcego ciała przedstawia zmiany zgorzelinowe. Na prawej bocznej ścianie przełyku, kilka centymetrów poniżej zatoki gruszkowatej widać szczelinę o brzegach nekrotycznych, takąż samą na tylnej ścianie przełyku. Obce ciało usunięto. Chorego nie udało się uratować.

Najbardziej jaskrawym przykładem skutków przepychania czy usuwania na ślepo obcego ciała jest przypadek następujący:

4 stycznia 1927 r. została przywieziona do kliniki 26 letnia G, A. z prowincji.

Na trzy dni przed przybyciem do kliniki chorej uwięzła kość w przełyku.

Po wypadku chora została przewieziona do szpitala miejscowego, gdzie kilkakrotnie usiłowano przepchnąć obce ciało do żołądka. Podczas tego zabiegu wystąpił nagle silny ból oraz obfite krwawienie z ust. Chora odczuwa silne bóle w okolicy mostka i w plecach, ma silne dreszcze. Ciepłota waha się w granicach 38^0-2 — 39^0-4. Tętno 140 na minutę. Oddech bardzo przyspieszony. Prawa strona klatki piersiowej gorzej porusza się przy oddechaniu od lewej. Po stronie prawej stłumienie odgłosu wypukowego, drżenie zniesione, oddech zniesiony. Po stronie lewej wypuk jawny, oddech pęcherzykowy. Zdjęcie rentgenologiczne obcego ciała nie wykazało.

W okolicy lewej zatoki gruszkowatej stwierdziliśmy szarpany otwór o brzegach nekrotycznych. Otwór ten prowadzi do kanału o ścianach nekrotycznych, do którego z łatwością wprowadzić można bronchoskop. Kanał długości 25 cm. przebiega skośnie na prawo, ku dołowi poza przełykiem; prowadzi do jamy wypełnionej mocno cuchnącym płynem. W przełyku

żadnych zmian nie stwierdzono, obcego ciała nie znaleziono. Nakłucie prawej jamy opłucnowej wykazało obecność cuchnącego ropnego płynu.

Chora została przeniesiona do kliniki chirurgicznej celem dokonania rezekcji żebra i gastrostomji. W dziesięć dni po operacji zmarła.

Na stole sekcyjnym stwierdzono: Wrzód szarpany lewej zatoki gruszkowatej, drążący do tkanki okołoprzełykowej, zgorzelinowe zapalenie tkanki okołoprzełykowej i śródpiersia, posokowate zapalenie prawej opłucnej.

Podobne rezultaty osiąga się przeważnie przez przepychanie obcych ciał lub przez usuwanie ze pomocą ślepych metod jak np. koszyczka Gräfego, haczyka Kirnissona, kleszczy przełykowych i t. p.

Jedyną niezawodną metodą usuwania ciał obcych przełykowych jest ezofagoskopja. Każde obce ciało, które dostało się do przełyku przez jamę ustną, tylko tą drogą usunięte być winno. Jeżeli obce ciało przebija ścianę przełyku i przedostaje się poza obręb jego, to skuteczność ezofagoskopji zdaje się być wątpliwą, chociaż w dwu tego rodzaju przypadkach udało nam się usunąć obce ciało i chorych uratować. Ani wiek, ani stan chorego nie są przeciwskazaniem do wykonania ezofagoskopji. Najmłodszy pacjent, któremu zakładaliśmy ezofagoskop miał sześć miesięcy, najstarszy siedemdziesiąt dziewięć lat. Tętniak tętnicy głównej, cierpienia serca, nadciśnienie nie są przeciwskazaniem do ezofagoskopji w celu usunięcia ciała obcego, są zaś przeciwskazaniem dla innego powodu. We wszystkich przypadkach obcych ciał przełykowych, a było ich z górą dwieście, nie mieliśmy ani jednego powikłania, wszystkie zostały usunięte za pomocą ezofagoskopji.

Załączone tablice przedstawiają większą część ciał obcych wydobytych z dolnych dróg oddechowych i przełyku w ciągu, ostatnich trzech lat.

OBLAKI NOSA. CYLINDROMA EPITHELIALE NASI.

podał Dr. DYONIZY ZUBERBIER, asystent kliniki

Z pośród złośliwych nowotworów przewodów nosa i jam obocznych nosa na plan pierwszy, pod względem częstości występowania, wysuwają się mięsaki i raki. Histologicznie są to mięsaki bądź drobno — lub wielko-okrągło-komórkowe, bądź drobno — lub wielko-wrzecionowato-komórkowe w postaciach czystych, częściej mieszanych i raki: płasko-komórkowe w przednim odcinku nosa, walcowato-komórkowe w głębi przewodów i zatokach; zdarzają się przecież typowe rakowce lub raki z komórek podstawowych, (typu Krompechera). Gruczolaki złośliwe, gruczolako-raki, obłoniaki i śródbłoniaki oraz oblaki są nowotworami nosa nader rzadkiemi.

Nyström, opierając się na statystyce szwedzkiej z lat 1911 — 1913, podaje, iż rak nosa stanowi jeden procent ogólnej ilości rakowatych.

Syk obserwował w klinice Holmgrena w Sztokholmie w latach 1910 — 1921 50 przypadków nowotworów złośliwych nosa, 30 z tej liczby przypadło na raka, 18 — na mięsaka, 1 — na gruczolaka złośliwego i 1 na śródbłoniaka.

Denker wśród 16 operowanych do roku 1915 nowotworów nosa miał do czynienia 8 razy z rakiem, 3 razy z mięsakiem, 2 razy z włókniako-mięsakiem, 1 — z śródbłoniakiem, 1 z brodawczakiem i 1 z chłoniako-mięsakiem.

W naszej klinice od stycznia 1922 roku do kwietnia 1927 roku znajdowało się na leczeniu 14 chorych z nowotworami złośliwemi nosa: 5 z mięsakami, 6 z rakami, 1 z gruczolakiem złośliwym i 2 z oblakami.

Oblak (Cylindroma epitheliale), stawiany przez jednych na granicy pomiędzy nowotworami dobrotliwemi a złośliwemi,

przez innych — wśród złośliwych, lecz pomiędzy nabłonkowcami a łączno-tkankowcami, zarówno pod względem anatomicznym, jak klinicznym, zasługuje na specjalną uwagę.

Billroth, który nazwę *cylindroma* do mianownictwa nowotworów wprowadził, opisał go jako gruczołowaty mięsak, niewiele różniący się od raka (Die plexiforme, adenoide sarcome).

„Czy pierwotnie rozmnażające się komórki są pozostającemi w danem miejscu komórkami wędrującemi, czy komórkami tkanki łącznej, czy ścian naczyniowych, czy komórkami śródbłonka naczyń, — odróżnić nie można. Możliwe, że wszystkie wymienione elementy, równocześnie lub kolejno biorą udział w utworzeniu tego dziwnego obrazu. Pierwotnie bujające komórki są małe, okrągłe lub niekształtne, wieloboczne, układające się w cylindryczne pasma. Zwolna następują liczne przemiany w utkaniu nowotworu: w pasma komórkowe wrastają naczynia, otaczające je komórki ulegają zmianom szklistym lub wytwarzają tkankę włóknistą. Komórki obwodowe pasm tworzą otoczkę dokoła zwyrodniałych naczyń i komórek lub nowoutworzonych pasm włóknistych łączno-tkankowych. Komórki te ulegają spłaszczeniu, upodobniając się do komórek nabłonkowych. Obraz histologiczny łudząco nieraz przypomina obraz gruczolaka". Te formy nie pozwoliły *Billrothowi* na wypowiedzenie ostatecznej opinji co do genezy nowotworu.

Dawniejsze badania *Sattlera* zdawało się rozwiązywały kwestję pochodzenia oblaków. *Sattler* uznał nowotwory te za mięsaki. Dziś poglądu tego nie uważa się za niezbity. Zdaniem *Lubarscha* ostrej granicy pomiędzy oblakiem a mięśniako-mięsakiem przeprowadzać nie można. Nastąpiły badania *Steudenera* (oblaki sutka kobiecego i nasady nosa), *Kochera* (kości czołowej), *Böttchera* (oczodołu), *von Ohlena* (ślinianki przyusznej), *Marchant'a* (zatoki szczękowej), *Volkmanna*, *Kaufmanna* i *Chiari'ego* (ślinianki przyusznej), *Malasseza*, *Pupovaca* (podniebienia), *Seitza* (skóry głowy) — (przytoczone według Ribberta).

Według *Borsta* nie należy uważać oblaków za odmienny rodzaj nowotworów, lecz pod nazwą ich rozumieć guz galaretowaty, który jako składnik zasadniczy zawiera kule substancji śluzowo-szklistej. Substancja ta jest częściowo pochodzenia wydzielniczego, częściowo produktem zwyrodnienia podścieliska i miąższu nowotworu. Zarówno mięsak, rak, jak gruczolak

przez zdolność wytwarzania śluzu i hyaliny mogą się stać oblakami. Wiele oblaków należy zaliczyć do grupy śród — i obłoniaków, które wytwarzaniem hyaliny zmieniły swój charakter histologiczny. *Aschoff* wyprowadza je z łącznotkankowców, naczyniomięsaków i śródbłoniaków, uległych zwyrodnieniu szklistemu.

Grupa anatomo-patologów, wśród nich *Hornowski* i *Ribbert* zaliczają oblak do nabłoniaków, raczej jednak do gruczolaków niżeli do raków z komórek podstawnych. *Ribbert* odrzuca wogóle naturę rakowatą oblaka.

Według *Krompechera* guzy te, złożone z dwuch ściśle przeplatających się elementów, z których jeden stanowią komórki, drugi kule, cylindry, kolby i beleczki śluzowe lub szkliste, genetycznie stoją blisko raków z komórek podstawowych. *Rauer* uważa nowotwory te za identyczne.

Co do pochodzenia tworów śluzowo-szklistych zdania są podzielone. Jedni uważają je za produkt wydzielania przez komórki miąższu, inni za produkt ich zwyrodnienia, inni za przemianę hyalinową naczyń i podłoża łączno-tkankowego (*Masson*). W kazuistyce spotykamy się z oblakami nader rzadko, najczęściej są to nowotwory jamy nosa, zatok bocznych nosa, oczodołów, podniebienia, ślinianek; z tego też względu dla *rinologji* przedstawiają one przedmiot specjalnego zainteresowania.

Pfeiffer podaje przypadek oblaka nosa u 57-letniego mężczyzny. Nowotwór obejmował przewód nosa i zatoki boczne. Wzrost nowotworu był powolny, lecz destrukcyjny przez ucisk. Miejscowo guz był ograniczony, bez przerzutów, lecz objawy ogólne wskazywały na jego złośliwość.

Bagger operował oblak nosa u kobiety 40-letniej. Na skrzydełku nosa od 4-ch lat wzrastał guzek, który doszedł wielkości orzecha włoskiego. Po dwunastu latach *nawrót*: nowotwór obejmował nosogardziel, prawą jamę nosa i prawą zatokę szczękową, niszczył jej ścianę przednią. Operacja doszczętna. Guz posiadał otoczkę własną, lecz do ścian nosogardzieli i zatoki szczękowej przylegał tak mocno, iż usunięcie wszystkich tkanek nowotworowych było niemożliwe.

Arnalso Malan usunął oblak jamy nosa, który po dwuch i pół latach nawrotu nie dał. Guz, przyrośnięty do kości

nosowych, zwisał do wolnej przestrzeni przewodu nosa, w dolnym biegunie był ruchomy.

Ciekawy przypadek podaje *Brüggeman*: chory lat 29 zwrócił się o poradę z powodu osłabienia wzroku na oko lewe. Po kilku miesiącach wystąpił wytrzeszcz tego oka, tarcza zastoinowa. *Rinoskopowo* zmian w nosie, zarówno pierwszym, jak i drugim razem nie znaleziono. *Rentgenogram* wykazał zaciemnienie okolicy sitowej lewej. Wówczas dokonano radykalnego oczyszczenia komórek sitowych: znaleziono podczas operacji: obrzęk śluzówki, śluz i ropę. Po 4-ch miesiącach chory powrócił ze skargami na bóle głowy, z wytrzeszczem gałki ocznej lewej. Rinoskopja nie dała wyników pozytywnych. Rentgenogram wykazał zaciemnienie lewej zatoki Highmora. Podczas operacji doszczętnej stwierdzono w zatoce szczękowej mierną ilość tworów polipowatych, ropę, strop zatoki opuszczony, jakby uciśnięty od strony oczodołu i tylnych komórek sitowych. Badanie histologiczne wykazało typowe cylindroma epitheliale. Autor przypuszcza, że punktem wyjścia nowotworu były gruczoły łzowe oczodołu.

Przypadek *O. Becka* dotyczy kobiety 58-letniej, która zgłosiła się do kliniki z powodu niemożności oddychania przez nos, częstych krwawień i wycieku ropnego z nosa. Badanie wykazało guz, zasłaniający nozdrza tylne i wypełniający jamy nosa. Podniebienie twarde uwypuklone częściowo do jamy ustnej. Rentgenogram nie wykazywał nic szczególnego. W odstępie jednego miesiąca dokonano operacji doszczętnej metodą Denkera-Friedreicha zatok szczękowych górnych. Zatokę lewą i komórki sitowe lewe wypełniały zropiałe masy polipowate, wyrostek podniebienny, w miejscu zmienionem przez nacieczenie nowotworowe, wyskrobano, co spowodowało utworzenie ubytku w podstawie lewej zatoki szczękowej. W zatoce prawej stwierdzono jedynie zgrubienie śluzówki. Ustalono, iż punktem wyjścia guza jest podniebienie twarde, skąd wrasta on do jamy nosa, obejmuje lemiesz, zatokę szczękową górną oraz komórki sitowe strony lewej.—Grzebień podniebienia okazał się ruchomy. Badanie histologiczne: cylindroma epitheliale.

Po upływie 1 roku i 4-ch miesięcy *nawrót*: masy nowotworowe, wypełniające jamy nosa, usunięto operacyjnie. Badanie histologiczne wykazało rak o typie Krompechera.

A. Hautant podaje dwa przypadki oblaka, z których *jeden*

u kobiety 41 letniej. Guz, obejmujący obie jamy nosa, zatoki szczękowe, sitowe, czołowe i klinowe, przez częściowo zniszczone podniebienie miękkie wpuklający się do jamy ustnej, dawał objawy zupełnej niedrożności nosa, upośledzenie wzroku i bardzo silne bóle głowy. Zewnętrznie powodował zniekształcenie twarzy przez wytworzenie guzowatychu wypukleń po obu stronach nosa i w okolicy dołów szczękowych. Dokonano zabiegu operacyjnego, usuwając masy nowotworowe — wszelkie dolegliwości ustąpiły. *Dwukrotny nawrót* w odstępach trzyletnich. Pierwszym razem zastosowano rentgenoterapję z wynikiem pomyślnym, drugim razem, zabieg operacyjny.

Drugi przypadek tyczy oblaka podniebienia twardego obejmującego tylny brzeg przegrody i nozdrza tylne. Rentgenoterapia powróciła drożność nosa. Po dwuch latach *nawrót*: podniebienie twarde i miękkie zniekształcone przez liczne guzowate twory podśluzówkowe, powierzchownie owrzodziałe. Bolesności i krwawienia brak. Chora nie może oddychać przez nos i spożywać pokarmów. — Stan chorej zmusza do zabiegu operacyjnego.

Wypadki obserwowane i leczone w naszej klinice przedstawiają się następująco:

Przypadek I-szy: M. A., lat 49, z zawodu stroiciel instrumentów muzycznych, zgłosił się do kliniki 23-IV-1925 roku. Od kilku miesięcy postępująca niedrożność nosa. W ostatnich dwuch miesiącach częste krwotoki z nosa, nieraz bardzo obfite. Od chwili zachorowania wychudł, stracił apetyt.

Badanie: chory obojętny, senny, zdezorjentowany w czasie i miejscu, proces myślowy zwolniony. Mowa powolna. Skarży się na silny ból głowy w okolicy czoła.

W zakresie nerwów czaszkowych: zniesienie zmysłu powonienia, odruchy źrenicowe na światło i akomodację — leniwe. Pozatem chód chwiejny, nietrzymanie moczu. W narządach wewnętrznych zmian chorobowych nie stwierdza się.

Miejscowo: u nasady nosa przy kącie wewnętrznym oka prawego — guzek wielkości ziarna fasoli, elastyczny, spoistości chrząstki, nieruchomy, o podstawie ograniczonej. W stosunku do kości nosa nieruchomy, na ucisk niebolesny, skóra na nim zaczerwieniona, lśniąca, przesuwalna. Zupełna niedrożność oddechowa nosa. Gruczoły chłonne szyji niepowiększone, normalne.



Rys. 1.

Rinoskopowo: po stronie lewej stwierdza się obecność tworu polipowatego, o powierzchni nierównej, sino-czerwonej, spoistości twardej, łatwokrwawiącego, wypełniającego górną część jamy nosa. Twór ten spojony jest z przegrodą i sklepieniem, dolnym biegunem obejmuje okolicę muszli dolnej i środkowej. Po stronie prawej przegroda w górnej części wypuklona jest przez guz, który przechodzi na sklepienie. Twór ten obejmuje tylny brzeg przegrody, wypełniając nozdrza tylne.

Badanie oftalmologiczne: ostrość wzroku — 1, pola widzenia normalne, nieznaczny obrzęk tarczy prawego nerwu wzrokowego oraz nieznaczne rozszerzenie żył siatkówek w obu oczach.

Odczyn Wassermanna we krwi — ujemny.

Badanie histologiczne wycinka. Wśród pasm tkanki łącznej zmienionej szklisto rozrzuczone owalne, okrągłe i wieloboczne ogniska, złożone z komórek nabłonkowych, walcowatych lub sześciennych z okrągłem, ciemnem jądrem. W środku tych ognisk znajdują się otwory, wypełnione szklistą, drobnoziarnistą treścią. Komórki, im dalej położone od obwodu ognisk, tem mniej posiadają zarodzi i jądra ich naogół jednakowe co do wielkości i barwliwości, — posiadają niekiedy figury podziału. W paru miejscach komórki, obramowujące otwór, posiadają rzęski. (Dr. A. Siedlecka).

Rozpoznanie: Cylindroma epitheliale nasi. Rys. 1.

Leczenie: Zastosowano rentgenoterapję: w czasie od 5-V do 14-V otrzymał na 3 pola skórne (gładzizna i obie strony nosa) po pół pełnej dawki skórnej. Wkrótce po ostatniem naświetleniu nastąpiła znaczna poprawa w stanie ogólnym i miejscowym chorego. Orjentuje się i rozmawia poprawnie. Interesuje się otoczeniem: czyta książki i gazety. Chodzi dobrze, mocz oddaje normalnie, ból głowy ustąpił. Drożność nosa powróciła. Guzek u nasady nosa znacznie zmalał. Twory wewnątrznosowe pokurczyły się. Pomiędzy 24-czerwca—3 lipca druga serja naświetlań. Tym razem dostał po 1/3 pełnej dawki na te same pola skóry, razem wypadło po 5/6 pełnej dawki skórnej. — 15 lipca 1925 roku wypisano chorego z kliniki w stanie ogólnym dobrym, bez zmian miejscowych. Po upływie sześciu tygodni — *nawrót*: Chory zgłosił się do kliniki z objawami wzmożonego ciśnienia wśródczaszkowego. Nowotwór w postaci guzów po obu stronach nasady nosa. Wy-

trzeszcz prawej gałki ocznej. Wyrostek i kość jarzmowa prawa spoistości guza. Gruczoły podżuchwowe po stronie prawej powiększone, twarde, niebolesne.

Drożność oddechowa nosa zachowana. Jamy nosa w częściach górnych i górna część przegrody zajęte przez masy nowotworowe.

Badanie oftalmologiczne wykazuje nieruchomość gałki ocznej prawej, przerost nowotworu w okolicę nerwu wzrokowego prawego, siła wzroku — palec przed okiem. Ograniczenie ruchów gałki ocznej lewej. Ostrość wzroku — 1, pole widzenia lewe normalne, tarcza bez zmian.

Rentgenogram: rozrzedzenie kości nosowych i przegrody w części środkowej i tylnej. 22-IX 1925 r. chory zmarł wśród objawów ropnego zapalenia opon mózgowych.

Badanie anatomo-patologiczne pośmiertne: Rozlane ropne zapalenie opon miękkich mózgu. Nowotwór złośliwy okolicy kości sitowych, wypełniający nozdrza tylne, przechodzący przez blaszki sitowe na płat czołowy mózgu, dochodzący do kości nosowych, czołowych, skroniowej prawej przez oczodół prawy. W masie nowotworowej liczne ogniska ropne. Ropne zapalenie zatok czołowych.

Histologicznie: Na preparatach z wycinków okolicy części płata czołowego mózgu, przylegającego do blaszki sitowej widzimy nacieczenie nowotworowe tkanki mózgowej. Komórki nowotworowe przeważnie leżą luźno obok siebie, są niewielkie, okrągłe z dużemi pęcherzykowatemi jądrami i licznemi figurami nieprawidłowego podziału. Gdzieniegdzie układają się w postaci cewek, dokoła jednolitej, różowawej masy. Komórki w tych miejscach są sześcienne lub walcowate.

Rozpoznanie: cylindroma epitheliale (Dr. A. Siedlecka)

Przypadek II: Mężczyzna Ł. J., z zawodu woźny, w wieku lat 45, zgłosił się do kliniki 30-XII-1926 roku. Od dwuch lat postępująca niedrożność nosa, pierwotnie obejmująca stronę lewą, od roku również prawą. Kilkakrotnie miewał silne krwotoki z nosa. Stale wydzielała się treść śluzowo-krwawa. Oddawna niema powonienia. Od trzech miesięcy uporczywe łzawienie z lewego oka. W narzadach wewnętrznych zmian chorobowych nie stwierdza się. Stan bezgorączkowy. Chory odżywiony nieźle. *Miejscowo*: zewnętrznie nos bez zmian. Okolica lewego dołu szczękowego uwypuklona. Wytrzeszcz le-

wej gałki ocznej oraz nieznaczne opuszczenie lewej powieki górnej. Gruczoły chłonne szyji normalne.

Rinoskopowo: Stwierdza się znaczny obrzęk i przekrwienie zastoinowe muszli dolnych, które przedniemi końcami przylegają do przegrody, uniemożliwiając obejrzenie głębi jam nosowych. Po zastosowaniu adrenaliny uwidaczniają się przewody nosa, wypełnione od strony nozdrzy tylnych przez guz żółto-różowy o nierównej ziarnistej powierzchni. Z lewej strony guz wypełnia tylną połowę przewodu, z prawej zamyka wewnętrzną część otworu tylnego. W nosogardzieli — guz wielkości dużej truskawki, zasłaniający jej ścianę lewą, strop oraz nozdrze tylne lewe. Makroskopowy charakter jego jak w jamach nosa.

Badanie oftalmologiczne: Ostrość wzroku oka lewego osłabiona. Prawe oko—norma. Tarcze nerwów wzrokowych bez zmian. —

Odczyn Wassermanna we krwi — ujemny.

Rentgenogram: Zaciemnienie lewej zatoki szczękowej górnej i komórek sitowych lewych.

Badanie histologiczne wycinków guza wykazało utkanie typowego cylindroma-epitheliale: wśród nieobfitego podścieliska łącznotkankowego o wybitnych zmianach szklistych ogniska komórek o kształtach okrągławych i wielobocznych z jądrami okrągłemi dość jednolicie zabarwionemi. Komórki te układają się w wielu miejscach dokoła niewielkich okrągłych otworów, zawierających obłoczkowatą, liljowawą treść (hematoksylina — eozyna) Barwienie mucy-karminem dało odczyn dodatni na śluz: treść zabarwiła się czerwono (Dr. A. Siedlecka).

Rozpoznanie: Cylindroma epitheliale Rys. 2.

Choremu zaproponowano zabieg operacyjny. Wobec braku zgody wypisano go z kliniki.

Dnia 21-I-1927 roku chory powrócił z powodu krwotoku z nosa jaki zdarzył się przed dwoma dniami.

26-I-1927 roku radykalny zabieg operacyjny: Oddzielono skrzydełko lewe i powłoki miękkie lewej nasady nosa, usunięto kość nosową lewą, wyrostek nosowy szczęki górnej oraz część przedniej ściany zatoki szczękowej lewej, wytwarzając szeroki dostęp do jamy nosa. Usunięto guz wielkości średniego jabłka, niszczący ściany przynosową i oczodołową zatoki, wypełniający lewy przewód nosowy oraz jamę szczękową. Od

strony nosogardzieli guz był mocno zrośnięty z jej stropem i ścianą lewą. Na czwarty dzień po operacji usunięto szwy skórne i tampony z nosa. Stan ogólny chorego — dobry.

5-II — Wytrzeszcz lewej gałki ocznej ustąpił, szerokość szpar ocznych jednakowa, stan ogólny dobry. Nieznaczne przekrwienie tarczy nerwu wzrokowego lewego.

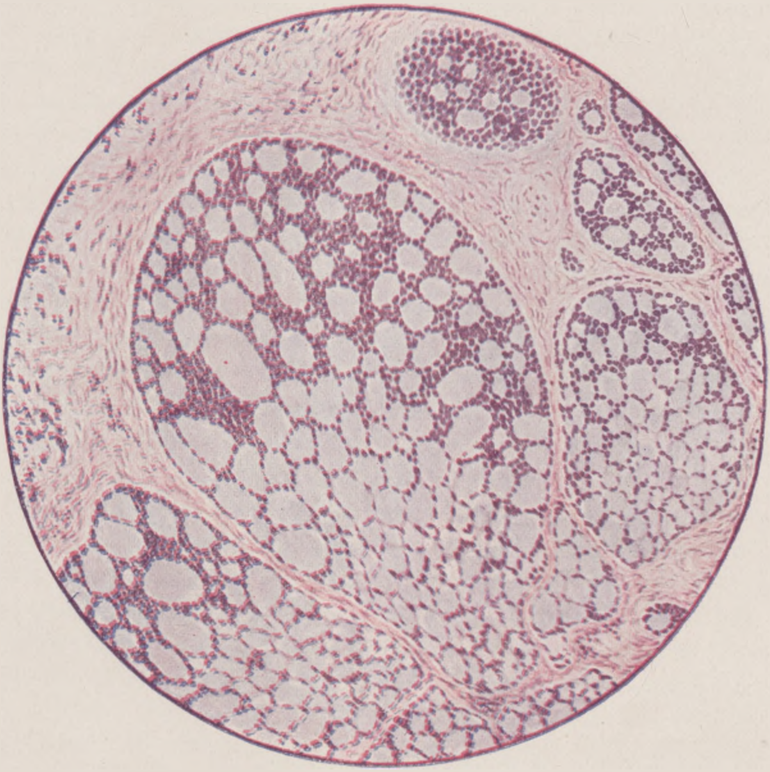
13-II — Wypisany do domu do przeprowadzenia kuracji za pomocą naświetlań promieniami Rentgena w zakładzie Rentgenologicznym Kasy Chorych.

8-IV-27 — Chory był na wizycie kontrolnej. Ogólnie czuje się bardzo dobrze. Otrzymał sześć naświetlań. Od półtora miesiąca pracuje.

Rinoskopowo: wspólna lewa jama nosa, zatoki szczękowej i okolicy sitowej, przeważnie pokryta śluzówką, zawiera gdzieniegdzie ziarninę i strupy zeschniętej wydzieliny.

Pfeiffer w rozprawie o oblakach dróg oddechowych górnych i *O. Beck* w pracy o oblaku nabłonkowym podkreślają, iż nowotwór ten wykazuje pewną stałość w zachowaniu się anatomicznem i klinicznem. Powolny wzrost guza, rzadkie krwawienia, brak wyniszczenia ogólnego, miejscowo wyraźne odgraniczenie się tkanek nowotworowych od otoczenia, brak skłonności dawania przerzutów — przemawiają za jego dobrotliwością. W przeciwieństwie do braku przerzutów zgodnie podnoszą częstość dawania nawrotów. Wzrastają oblaki nie przez naciekanie, lecz expansywnie, rozpychając otoczenie i wciskając się w wolne przestrzenie oboczne. Zniszczenie kości, jakie obserwujemy przy oblakach nosa, jest następstwem zaniku z ucisku mas nowotworowych na kości. Odgraniczanie się nowotworu od otoczenia daje się wytłumaczyć tem (O. Beck), iż posiada on własne podścielisko łączno-tkankowe, które przez rozmnażanie swych elementów wzrasta równolegle do bujających pasm komórkowych właściwego miąższu, pozostającego jakby w torebce.

Histologicznie charakteryzuje się cylindroma epitheliale przez cylindryczne i kolbowate pasma komórkowe, w których wnętrzu znajdujemy bryłki i cylindry hyaliny. Niekiedy pasma zawierają światło i na przekroju dają obraz sita. Komórki tego sita są kubiczne. Kształt pasm komórkowych uzależniony jest od ciśnienia przez pasma łączno-tkankowe, w których również spotykamy zmiany szkliste. Bujające podłoże łączno-



Rys. № 2.

tkankowe przez liczne i wielokształtne rozgałęzienia odpycha od siebie pasma komórkowe i daje postaci wydłużonych spłaszczonych cylindrów. Tylko mniejsze pasemka ma.ą przekroje okrągłe. Im masywniejsze są pasma komórkowe, tem mniej zawierają hyaliny. Duże oka, wypełnione hyaliną, przypominają gruczoł tarczowaty, dzięki otaczającemu je nabłonkowi kubicznemu (O. Beck). Powracając do przypadków, obserwowanych w naszej klinice, muszę zaznaczyć, że o ile przypadek drugi jest niemal analogiczny z przypadkami Pfeiffera, Baggera, Malana, — to pierwszy różny klinicznie od niego, przez złośliwe zwyrodnienie miąższu, upodabnia się do przypadku Becka. Autor ten zaznacza, że jakkolwiek badanie wycinków guza, po zgłoszeniu się chorego po raz pierwszy, nie wykazało oznak złośliwości, to charakter niektórych komórek pozwalał domyślać się możliwego przeistoczenia się w raka.

W przypadku I rozwój nowotworu i objawy kliniczne, (pierwotna niedrożność nosa, potem wytrzeszcz, w końcu objawy wewnątrz-czaszkowe) wskazują, iż wychodził on prawdopodobnie z komórek sitowych, wrastał do jamy nosa, uciskał na oczodół, wywołał zniszczenie blaszki sitowej i na tej drodze powodował objawy wzmożonego ciśnienia wewnątrz-czaszkowego.

Nawrót: Masy nowotworowe wypełniały górną część nosa obejmowały oczodoły, kość jarzmowa prawa była zmieniona nowotworowo, przerzuty do gruczołów limfatycznych w kącie żuchwy, objawy poczynającego się zapalenia opon, przemawiały za nacieczeniowym wzrostem guza złośliwego. Badanie pośmiertne potwierdziło przypuszczenie kliniczne, a histologicznie stwierdzono oblak. Przypadek ten od chwili zgłoszenia się chorogo do kliniki był nieoperacyjny. Złośliwość jego wyrażała się nietyle w obrazie histologicznym ile w umiejscowieniu.

I. Syk w uwagach o nowotworach złośliwych nosa podkreśla fakt, iż za złośliwością nowotworów nosa przemawia nietyle ich utkanie, ile umiejscowienie. Dlatego też ze względów prognostycznych i leczniczych dzieli nowotwory złośliwe nosa na sześć grup: grzbietowe, górno-boczne, boczne, środkowe, przednie i nosogardzielowe. Jeżeli w terapji złośliwych nowotworów nosa w świetle dzisiejszej wiedzy jedynie za słuszne uważa postępowanie operacyjne z pooperacyjnem naświetlaniem promieniami Rentgena lub radu, to przypadki nowotworów grzbie-

towych musi pozostawiać do wyłącznego leczenia naświetlaniem. Rozpad i ropienie mas nowotworowych, drążących przez zniszczoną blaszkę sitową i poprzez opony do mózgu, były punktem wyjścia dla ropnego zapalenia opon, które w grzbietowych nowotworach nosa jest bezpośrednią przyczyną zejścia śmiertelnego.

A. Hautant widzi również cechę złośliwości oblaków w ich umiejscowieniu. Zabiegi operacyjne nie osiągają pełni celu wobec niemożności doszczętnego usunięcia mas nowotworowych z uchyłków czaszki twarzowej, następstwem tego są nawroty, które w przypadkach operacyjnych należy uznać za regułę.

W przypadku II nowotwór wyszedł z zatoki szczękowej górnej lewej, przeszedł przez otwory naturalne, a potem przez siebie utorowane drogi do jamy nosa i rósł w kierunku najmniejszego oporu: do nosogardzieli; uciskając na ściany zatoki, doprowadził do zniszczenia jej stropu i wywołał wytrzeszcz gałki ocznej, a doprowadziwszy ścianę przednią do ścieńczenia, wypchnął ją ku przodowi. Syk radzi, aby przy nowotworach tego typu robić wyłuszczenie gałki ocznej i egzenterację oczodołu, przez co rozszerzyłyby się wskazania do tego zabiegu.

W naszym przypadku, uważając wytrzeszcz za następstwo ucisku na oczodół od strony zatoki, ograniczono się do doszczętnego usunięcia mas nowotworowych z jamy nosa i zatoki szczękowej lewej.

Badanie oftalmologiczne w $2^1/_2$ miesiąca po zabiegu, po 6 naświetlaniach promieniami Rentgena, zmian chorobowych narządu wzrokowego nie wykazało.

PRZETOKI POMIĘDZY PRZEŁYKIEM A DROGAMI ODDECHOWEMI.

podał D-r. med. LUDWIK ABRAMOWICZ asystent kliniki.

Wady rozwojowe. Przetoki pomiędzy przełykiem a drogami oddechowemi (tchawicą lub oskrzelami), stanowiące powikłanie wielu spraw chorobowych tych narządów, rzadko są stwierdzane w charakterze wady rozwojowej i zazwyczaj w tych wypadkach komplikowane niedorozwojem dolnego odcinka przełyku lub innemi ciężkiemi wadami rozwojowemi tego i innych narządów, wskutek czego niemowlęta nią dotknięte nie są zdolne do życia i giną po urodzeniu w czasie od dwuch godzin do 12 dni, jak to wynika z kazuistyki, zebranej przez Mackenzie'go. Rzadkie przypadki wad rozwojowych przełyku i tchawicy, w których istnieje komunikacja pomiędzy temi narządami przy zupełnie prawidłowem ich wykształceniu, zasługują z punktu widzenia klinicznego na większą uwagę, gdyż wada ta nie decyduje o niezdolności do życia, obarczone nią osobniki mogą się przez pewien czas rozwijać prawidłowo, a nawet osiągnąć wieku dojrzałego.

Po raz pierwszy przetokę taką opisał Vrolik w roku 1849; przypadek dotyczył pięciodniowego dziecka, u którego autor stwierdził sekcyjnie w górnej części przełyku przetokę do tchawicy. W roku 1873 ogłosił podobny przypadek Pinard. Wkrótce Lamb ogłosił ciekawe spostrzeżenie, dotyczące dziecka, którego każdy przyspieszony wdech był skojarzony z ruchem głowy ku przodowi; dziecko to trapione kaszlem zmarło w 7-ym tygodniu życia, a sekcja wykryła w tchawicy o pół cala poniżej chrząstki obrączkowej przetokę, przebiegającą ukośnie w stosunku do osi podłużnej tchawicy i drążącą do przełyku; błona śluzowa przełyku i tchawicy nie wykazywała żadnych zmian. Ukośny przebieg przetoki i stykanie się jej brzegów zmniejszały możność przedostawania się treści do dróg oddechowych. W przy-

padku Eppingera wrodzoną przetokę stwierdzono sekcyjnie u młodego mężczyzny (wiek dokładnie nie podany) na tylnej ścianie tchawicy tuż nad grzebieniem rozwidlenia (carina tracheae). Do tejże grupy zaliczyć należy niezwykły przypadek Schrötter'a, dotyczący dorosłego mężczyzny (wiek nie podany), którego preparat przełyku i tchawicy autor demonstrował; za życia osobnik ten był dobrym śpiewakiem, nigdy nie chorował, zwracał uwagę szczególnem zachowaniem się podczas łykania: przechylał głowę na prawo i często krztusił się; na sekcji ze zdumieniem stwierdzono dużą przetokę tchawiczo—przyłykową długości 2,2 cm. (od 1 do 6 pierścienia tchawicy), szerokości 4 mm. o brzegach niezmienionych, co pozwoliło autorowi wyrazić przypuszczenie o jej wrodzonem pochodzeniu.

Wrodzona przetoka pomiędzy przełykiem a tchawicą jest skutkiem niezupełnego zamknięcia się szerokiej komunikacji, istniejącej w okresie rozwojowym pomiędzy narządem oddychania a przednim odcinkiem jelitowym (Vorderdarm), z którego przez odsznurowanie bierze w następstwie początek tchawica.

Jak wynika z kazuistyki, nie każda wrodzona przetoka tchawiczo-przełykowa stanowi o niezdolności do życia; ukośny jej przebieg z wąskiem ujściem położonem na poziomie niższym w przełyku niż w tchawicy broni w pewnym stopniu drogi oddechowe przed treścią pokarmową i umożliwia fizjologiczne czynności dobrze zresztą wykształconym narządom oddychania i trawienia.

Opisane powyżej przetoki były stwierdzone sekcyjnie, często, jak w przypadku Schröter'a, zupełnie przygodnie. Jedyny ogłoszony dotychczas przypadek wrodzonej przetoki przełykowo—tchawiczej, stwierdzonej intra vitam zapomocą ezofagoskopji, należy do Amerykanina Chevalier Jackson'a („Endoskopie etc" Paris Octave Doin 1923). Autor ten wykrył przetokę przypadkowo u dziecka 6-cio miesięcznego, które ezofagoskopował w celu usunięcia ciała obcego z przełyku. Jackson sądzi, że wiele przypadków wrodzonej przetoki przełykowo—tchawicowej ginie bez właściwego rozpoznania.

Można wyrazić przypuszczenie, że częstsze stosowanie endoskopji w przypadkach zaburzeń przełykowych i oddechowych, jako jedynej metody, udostępniającej bezpośrednie badanie tych ukrytych narządów, wzbogaci kazuistykę tych rzadkich a tak ciekawych z punktu widzenia teratologji i kliniki zmian.

RAK. Ze spraw chorobowych przełyku i dróg oddechowych, wikłających się przetokami pomiędzy temi narządami, w pierwszym rzędzie wymienić należy raka, jako najczęstszej przyczyny przedziurawienia przełyku do narządów sąsiednich a przedewszystkiem do narządu oddechowego. W zebranych przez Opitz'a 95 przypadkach przedziurawienia przełyku z powodu raka, w 75⁰/₀ przebicie nastąpiło do dróg oddechowych i płuc; niższy odsetek, bo 58, 3⁰/₀ podają Zenker i Ziemssen obliczony na zasadzie materjału sekcyjnego obejmującego 120 przypadków przedziurawienia przełyku; w tem 21 razy przebicie do tchawicy, 26—do oskrzeli, 23—do płuc. Z dróg oddechowych najczęściej ulega przedziurawieniu tchawica. Według Mackenzie'go w 100 przypadkach raka przełyku następuje przetoka do dróg oddechowych w 33 przypadkach, w tem

do tchawicy — 20 razy
do oskrzela prawego — 7 razy
do oskrzela lewego — 6 razy.

Guisez spostrzegał to powikłanie w 1/3 przypadków raka środkowego odcinka przełyku, a w 20 przypadkach oglądał przetokę w obrazie ezofagoskopowym; najbardziej jest narażony dolny odcinek tchawicy i lewe oskrzele, prawe oskrzele jest najczęściej oszczędzone, co zależy od warunków topograficznych. W zgodzie z temi wywodami są cyfry podane przez Gangolphe'a, który stwierdził przebicie przełyku z powodu raka

do tchawicy — w 75 przypadkach
do oskrzela lewego — w 20 przypadkach
do oskrzela prawego — w 7-miu „

Mechanizm tworzenia się przetoki może być różny. Najczęściej per continuitatem nowotwór w ekspansji swej poprzez ścianę przełyku nacieka od zewnątrz ścianę tchawicy lub oskrzela, powodując powstanie na ich wewnętrznych ścianach ognisk nowotworowych, a następnie, ulegaiąc rozpadowi, łączy wnętrze tych narządów ze sobą; otwór komunikujący bywa różnej wielkości zależnie od wielkości nowotworu i szybkości rozpadu; umiejscowienie—w tchawicy najczęstsze tuż nad rozwidleniem na tylnej ścianie. Może się utworzyć przetoka do dróg oddechowych w ten sposób, że powstałe w przełyku w miejscu rozpadu nowotworu, owrzodzenie, wskutek wtórnego zakażenia, drąży wgłąb tkanek i przebija niezmienioną nowotworowo ścianę tchawicy lub oskrzela. Najrzadziej bywa tak, że wskutek

wtórnych spraw zapalnych okołoprzełykowych, towarzyszących rozpadowi raka, tworzy się między przełykiem a zdrowemi ścianami dróg oddechowych ropień, znajdujący w następstwie ujście z jednej strony do przełyku, z drugiej do dróg oddechowych i łączy w ten sposób te narządy.

Powstawania przetoki na drodze odwrotnej, t. j. z rozpadu nowotworu umiejscowionego pierwotnie w drogach oddechowych dotychczas, o ile nam wiadomo, nie obserwowano.

Poniżej w streszczeniu podajemy historję choroby przypadku rakowej przetoki przełykowo—oskrzelowej rozpoznanej dzięki endoskopji intra vitam w naszej klinice: chory K. M. lat 60 (№ Ks. chorych 3526) zgłosił się 26/X-926 r. z powodu utrudnionego przełykania i gwałtownego kaszlu występującego podczas łykania. Przed 2-ma miesiącami po raz pierwszy doznał przeszkody podczas łykania: większe kęsy pokarmowe zatrzymywały się w przełyku; chory je zwracał; pokarmy płynne łykał w owym czasie bez przeszkód. Przed miesiącem zaczął chorego trapić gwałtowny kaszel, występujący stale podczas przełykania pokarmów płynnych; pokarmy półpłynne i małe kęsy pokarmów stałych wywoływały kaszel rzadziej. Chory zauważył, że najdogodniej jest mu łykać, gdy się przechyla na stronę prawą; w tej pozycji udaje mu się niekiedy przełknąć całą szklankę płynu bez kaszlu. W przebiegu cierpienia schudł i osłabł. Badanie dobrze zbudowanego lecz bardzo wyniszczonego chorego zmian w układzie nerwowym i narządach wewnętrznych nie wykryło. Auskultacja klatki piersiowej stwierdziła znaczne osłabienie oddechu na lewej połowie klatki. Dokonana ezofagoskopja wykazała na głębokości 25 cm. od górnych siekaczy zwężenie przełyku do średnicy ołówka, spowodowane przez guz, obejmujący okrężnie ściany przełyku; guz ten, najbardziej wygórowany na przedniej i bocznej lewej ścianach ma powierzchnię nierówną, brzegi kalafiorowate, przy dotknięciu krwawiące.

Dokonana dnia 29.X 26. bronchoskopja wykryła w lewem oskrzelu o 2 cm. poniżej rozwidlenia tchawicy guz usadowiony na tylnej ścianie oskrzela i zwężający w znacznym stopniu jego wnętrze; na nierównej strzępiastej powierzchni guza widoczny jest otworek, przez który napływa treść śluzowa. Prześwietlenie promieniami Roentgena wykazało: przełknięty lipjodol zatrzymuje się na poziomie rozwidlenia tchawicy poczem wąską smugą szybko przechodzi do żołądka; na poziomie zwężenia

treść kontrastowa rozgałęzia się, jedna smuga zbacza na lewo (lewe oskrzele), w tej chwili występuje gwałtowny kaszel. Na zaleconą gastrostomję chory się nie zgodził; w dalszym przebiegu gorączkował wskutek zachłystowego zapalenia płuc. Zmarł dn. 4.XI 26. Badanie pośmiertne potwierdziło rozpoznanie przy życiowe.

URAZY. Drugie miejsce ze względu na częstość w wyszczególnieniu przyczyn powstawania omawianych przetok zająć winny urazy. Rzadko się zdarza, by uraz zadziałał na ścianę tchawicy i wtórnie przebił ścianę przełyku; może to być uraz bezpośredni, jak w przypadku Pieniążka, w którym autor podczas operacji usuwania blizn twardzielowych uszkodził nożyczkami tylną ścianę tchawicy i wytworzył komunikację z przełykiem, bądź też działanie pośrednie, jak w kilku ogłoszonych przypadkach (Freeman, Cartier, Pieniążek), w których długo zalegająca i prawdopodobnie nieodpowiednia rurka tracheotomijna przez ucisk na tylną ścianę tchawicy spowodowała jej miejscową zgorzel i przedziurawienie do przełyku. Najczęściej uraz działa z przełyku. Nierzadko jest to uraz bezpośredni, zadany ręką lekarza, próbującego różnemi przyrządami na ślepo wydobyć z przełyku obce ciało; przypadki takie w erze przedezofagoskopowej były ogłaszane wielokrotnie; znane są również przypadki przebicia przełyku do dróg oddechowych przez nieostrożne zgłębnikowanie w przypadkach raka lub w krótkim czasie po otruciu ługiem, a także przez gwałtowne rozszerzanie zwężonego przełyku.

Zalegające w przełyku obce ciało, wywołujące miejscowe zapalenie ściany przełyku z następczą ropowicą (oesophagitis phlegmonosa) może również przez zgorzel, szerzącą się na ściany dróg oddechowych, wytworzyć omawianą przetokę (Gangolphe, Weiss, Charier, Gerster i in.). Już powierzchowne skaleczenie błony śluzowej przez narzędzie lekarskie lub ostre ciało może wywołać przez ropowicę lub ograniczony ropień ściany przełyku te same skutki. Znane są również przypadki zadziałania silnie żrących środków na błonę śluzową przełyku (oesophagitis corrosiva), w których powstawała ogniskowa martwica ściany przełyku, jej destrukcja i w następstwie połączenie przełyku ze światłem dróg oddechowych.

PROMIENICA. Z przewlekłych spraw zapalnych, powodujących przetoki tchawiczo—przełykowe, najrzadszą jest promienica. W drogach oddechowych sprawa ta występuje zawsze

wtórnie, w przełyku opisano zaledwie kilkakrotnie (Gottstein, Marchand, Poncet) jej pierwotne umiejscowienie zwykle w górnej części. Gruba warstwa nabłonka płaskiego broni w sposób znakomity śluzówkę przełyku przed inwazją grzybka; wbicie się w śluzówkę przełyku odłamka zarażonego kłosa otwiera grzybkowi wrota wtargnięcia. Promienica rozwija się w tkance podśluzowej i posiada tendencję do szerzenia się na głębsze tkanki okołoprzełykowe, powodując w dalszych etapach rozwoju ropowicę, obejmującą sąsiednie narządy oraz wytwarzanie się głębokich ropni i zacieków ropnych. W jednym z opisanych przypadków (Poncet) zaciek taki przebił ścianę tchawicy i w ten sposób utworzył komunikację pomiędzy drogami oddechowemi a przełykiem.

WRZÓD PRZEŁYKU. Do rzadkich przyczyn przetoki zaliczyć należy t. zw. wrzód przełyku (ulcus simplex oesophagi), który zdaniem wiekszości autorów jest analogją wrzodu trawiennego żołądka. Cassel (Beusaude et Rivet „Pathologie de l'oesophage" w Nouveau traité de Médecine Paris 1923) opisał przypadek, w którym wrzód taki, drążąc wgłąb ściany przełyku, spowodował przebicie ściany oskrzela.

GRUŹLICA. Wymienione sprawy, wikłające się przetoką przełykowo—tchawiczą, mają za punkt wyjścia błonę śluzową przełyku. Przetoki gruźlicze tworzą się na drodze odwrotnej: niemal zawszo biorą początek ze śluzówki dróg oddechowych; znajduje to wytłómaczenie w niezwykłej rzadkości gruźlicy przełyku: Wiederhofer na 875 badań pośmiertnych zmarłych na gruźlicę nie stwierdził zajęcia przełyku ani razu; Hecker na 1200 badań— ani razu, Caselman na 8912 badań — 5 razy. Oglądanie przełyku intra vitam, umożliwione dzięki ezofagoskopji, wykrywa gruźlicę również nader rzadko; Guisez na 2500 badań ezofagoskopowych wykrył gruźlicę przełyku zaledwie 4 razy; w jednym z tych przypadków, jako powód zaburzeń połykania, autor ten stwierdził w środkowej trzeciej części przełyku na bocznej prawej ścianie otwór wielkości dwufrankówki o brzegach szaro—żółtawych, przez który podczas wydechu wydobywał się prąd ciepłego powietrza; Guisez rozpoznał gruźlicę wrzodziejącą przełyku i przetokę przełykowo—tchawiczą, co zostało następnie potwierdzone podczas badania pośmiertnego. Przed Guisez przetokę do dróg oddechowych powstałą z gruźlicy przełyku opisano raz jeden, mianowicie Spillmann (Thèse

de Paris 1881) sekcyjnie obok gruźlicy opłucnej i gruczołów oskrzelowych wykrył gruźlicze owrzodzenia przełyku drążące do lewego oskrzela.

Na błonie śluzowej tchawicy i większych oskrzeli owrzodzenia gruźlicze stwierdza się dość często pod postacią t. zw. nadżerek gruźliczych ograniczonych do powierzchownych warstw błony śluzowej. Nadżerki te naogół nie szerzą się wgłąb tkanek i nie powodują głębszej destrukcji. Groźniejsze są owrzodzenia głębokie powstające prawdopodobnie z nadżerek zakażonych wtórnie; szerząc się wgłąb, owrzodzenia te przedstawiają się jako głębokie ubytki tkanki o wyniosłych wałowatych brzegach, o ziarnistem szarawem dnie: liczne biało—żółtawe gruzełki usadowione na brzegach i w dnie przez zserowacenie i rozpad sprzyjają ich szerzeniu się. Niszcząc warstwę po warstwie, owrzodzenia te sięgają do ochrzęstnej pierścieni tchawicy, powodując jej ropne zapalenie z obnażeniem i zgorzelą chrząstek jako następstwem. W dalszem swem szerzeniu się owrzodzenia te mogą przebić ścianę przełyku. Nie są to przypadki częste; głębokie ubytki w ścianach tchawicy i oskrzeli rozwijają się zawsze wtórnie w późnych okresach rozpadowej gruźlicy płuc, przy ogólnym ciężkim stanie chorego: śmierć zazwyczaj przerywa destrukcję ścian dróg oddechowych przed wytworzeniem się przetoki do przełyku. W dostępnej literaturze znaiazłem wzmiankę zaledwie o 5-iu przypadkach, w których stwierdzono przetokę gruźliczą pomiędzy drogami oddechowemi a przełykiem. Znany jest i inny mechanizm powstawania przetoki gruźliczej. Gruczoły chłonne, ulegając zserowaceniu i rozpadowi mogą przebić z jednej strony ścianę tchawicy lub oskrzela z drugiej zaś znaleść ujście do przełyku i wytworzyć w ten sposób pośrednią komunikację między temi narządami. Weichselbaum podczas sekcji zwłok 36 letniej kobiety, u której klinicznie zanotowano utrudnienie w przełykaniu, poza gruźlicą wielu narządów wykrył w ścianie tchawicy przetokę, a w ścianie przełyku 8 małych przetok drążących do rozpadłego gruczołu chłonnego pomiędzy przełykiem a tchawicą.

KIŁA. Zmiany kiłowe trzeciorzędowe, cechujące się skłonnością do szybkiego rozpadu, są z przewlekłych spraw zapalnych najczęstszą przyczyną powstawania przetok z dróg oddechowych do przełyku. Zmiany te występują w tchawicy i w oskrzelach bądź pod postacią nacieczenia rozlanego, bądź też ściśle

ograniczonego kilaka. Zależnie od umiejscowienia nacieku kiłowego powstaje przez rozpad owrzodzenie, bądź w błonie śluzowej, jako powierzchowny ubytek, drążący wgłąb tkanek dopiero w dalszym swym rozwoju, bądź też w warstwach głębszych nierzadko odrazu w chrząstkach (Jurasz).

Cechą swoistą powstających owrzodzeń jest szybko postępująca destrukcja tkanek, doprowadzająca do obnażenia chrząstek, zapalenia ochrzęstnej i martwicy chrząstek. Na tej drodze powstają bardzo głębokie ubytki w ścianach dróg oddechowych, sprzyjające powstawaniu przetok do przełyku, (patrz. tabl.) do śródpiersia przedniego (Wallman, Schrötter, Singer, Raymond), powodujące przetoki zewnętrzne (Irsai, Gantz) lub uszkodzenie dużych pni naczyniowych: tętnicy płucnej (Gerhard, Kelly), tętnicy głównej (Rokitansky, Downie, Schrötter, Wilk, Nicholson), żyły bezimiennej lewej (Stöcklin, Verneuil), żyły próżnej (Turner). Rzadziej powstają przetoki na drodze pośredniej: towarzyszące zmianom kiłowym zapalenie wtórne okołotchawicze powoduje ropowicę i ropnie, znajdujące ujście do światła tchawicy, a z drugiej strony do przełyku. (Patrz przypadek Paltauffa w tabl. № 7). Trzeciorzędne zmiany kiłowe występują w tchawicy zazwyczaj wślad za zmianami tego samego charakteru w innych narządach, zwłaszcza w górnym odcinku dróg oddechowych. Izolowane zmiany kiłowe w tchawicy są uważane za rzadkie, według v. Schrötter'a (Wien. med. Woch. 1909) stanowią 0,2% wszystkich przypadków kiły. Tem rzadsze są zmiany kiłowe ograniczone tylko do oskrzela, wobec częstszego (według Vierling'a 9-ciokrotnie) usadowienia trzeciorzędowych zmian kiłowych w tchawicy niż w oskrzelach. Przetoki kiłowej oskrzelowo-przełykowej, o ile nam wiadomo, nie obserwowano. Upoważnia to wszystko do podania krótkiego opisu przetoki oskrzelowo—przełykowej, stanowiącej jedyny objaw kiły trzeciorzędowej, a rozpoznanej dzięki endoskopji u kobiety 28 letniej intra vitam.

Chora M. W. żona robotnika l .28 zgłosiła się do kliniki chorób wewnętrznych w Szp. św. Ducha dnia 9/VII 1925 z powodu gwałtownego kaszlu i wymiotów występujących stale od trzech tygodni podczas przełykania pokarmów, jak stałych tak i płynnych. Dolegliwości te wystąpiły nagle po uprzednim kaszlu, trapiącym chorą w ciągu ostatnich 4 miesięcy. Od dwóch tygodni gorączkuje, ciepłota dochodzi do 40°; w przebiegu cier-

pienia bardzo schudła i osłabła. W dzieciństwie przeszła odrę i krztusiec. Podczas ostatniej ciąży poroniła w 5-m miesiącu, przedtem dwukrotnie rodziły się dzieci martwe.

Badanie prawidłowo zbudowanej, bardzo wyniszczonej chorej nie wykryło w narządach wewnętrznych ani w układzie nerwowym zmian szczególnych. Przy każdej próbie przełknięcia pokarmu chora zakasłuje sję spazmatycznie i wykrztusza część przełkniętego pożywienia. Ciepłota 36^0 — 39^0.
Odczyn Wa z surowicą krwi silnie dodatni (+ + +).

Bronchoskopja dokonana dn. 11/VII, 25 w Klinice Laryngootjatrycznej U. W. wykryła: w oddaleniu $1\frac{1}{2}$ — 2 ctm. pod bifurkacją w lewem oskrzelu w kącie wewnętrzno — górnym nacieczenie ściany pod postacią krążka o średnicy 1 cm. z otworem pośrodku; na brzegach tego otworu ziarnina pod postacią guzków, silnie krwawiących przy dotyku; z otworu wypływa wydzielina śluzowa.

Dokonana po 2 dniach ezofagoskopja stwierdziła na głębokości 27 cm. od siekaczy górnych na granicy przedniej i bocznej lewej ścian przełyku owrzodzenie wielkości dwugroszówki o brzegach wałowatych, ukrwionych; w dnie owrzodzenia, z otworu o średnicy cienkiego ołówka wydobywa się śluz zwłaszcza podczas wydechu wraz z falą ciepłego powietrza.

Prześwietlenie promieniami Roentgena: treść kontrastowa zbacza wąską smugą z przełyku na lewo (lewe oskrzele); chora zakrztusza się, gdy papka bismutowa, wypełniając oskrzele, zaczyna się dostawać do tchawicy. Nadto stwierdzono bardzo wysokie ustawienie przepony (gazy w jelitach). W dalszym przebiegu chora miewała skoki temperatury do 39^0, co zależało od zachłystywania się. Energiczne leczenie przeciwkiłowe zastosowane w klinice wewnętrznej dało znaczną poprawę; już 19/VII, 1925 chora przełykała lepiej, zwłaszcza pokarmy stałe, na wadze przybrała 1,3 kg. Dn. 29/VII, 25 została na własne żądanie wypisana, mimo zaleconego dokończenia w klinice kuracji swoistej. Badana ambulatoryjnie po roku pacjentka podała, że po wypisaniu ze szpitala w ciągu kilku tygodni wróciła do zupełnego zdrowia; kaszel utrudniający przełykanie zupełnie ustąpił. Obecnie (1926) żadnych dolegliwości niema; przełykanie—zupełnie prawidłowe.

Ogłoszone przypadki przetok kiłowych.

№	Wiek i płeć	Umiejscow. przetoki	Objawy kliniczne	Rozpoznanie	Inne objawy kiły	Leczenie	Zejście	Piśmiennictwo	UWAGI
1	? m.	tylna ściana tchawicy 2 cm. poniż. chrząstki obrączkowej	żadnych zaburzeń przełykania i oddychania	sekcyjne	wiąd rdzenia			Teiser i Favel „Perforation spontanneé de la trachée et de l'ocsophage chez un ataxique". Annales des malad. de l'oreille etc. 1885 tom XI	Według autorów przetoka była zmianą trofoneurotyczną „malperforant de la trachée et de l'oesophage"
2	35 l. m.	tchawica 4½ cm. poniżej chrząstki obrączkowej	gwałtowne krztuszenie się podczas przełykania pokarmów płynnych; łykanie pokarmów stałych--prawidłowe porażenie lewego nerwu zwrotnego	kliniczne potwierdzone autopsją	kiłowe owrzodzenie gardzieli, „dolores osteocopi nocturni"	swoiste, odżywianie per rektum	Ogniskowe zapalenie płuc. Exitus letalis	A. Beger „Trachealsyphilis" D. Arch. f. kl. Med. 1879, t XXIII str. 608.	
3	?	tchawica	?	sekcyjne	?	?	Exitus letal.	Kopp. cyt. w/g Seiferta „Syphilis der Tracheà	
4	?	tchawica	żadnych zaburzeń	sekcyjne	kilak gardzieli	?	zgorzel płuc	Basch cyt w/g Seiferta l-c. i Guisez	

5	40 l. k.	tchawica	wykasływanie przełkniętych pokarmów	sekcyjne	?	?	exit-letal	Tannenhain. Wien. Klin. Wsch. 1897.	
6	42 l. k.	tchawica	krztuszenie się podczas przełykania, przełknięty, rozczyn błękitu metylowego wykrztuszała w plwocinie		?	Jod. W ciągn 4 tygodni odżywiana per rectum, nastepnie gostrostomja	zgorzel płuc exit. letal	Schütze D. med. Woch. 51. r. 1903	
7	48 l. m.	tchawica, tylna ściana tuż pod chrząstką obrączkową	wyksztuszanie pokarmów płynnych		?	?	bronchitis foetida; exit. letal	Kraus i Ridder „Die Er krankungen der Speiseröhre“ 1913.	
8	? m.	tchawica	krztuszenie się podczas przełykania	ezofagoskopowo; na głębokości 25 cm. na przedn. ścianie przełyku szczelina długości 2 cm.	?	Swoiste, gastrostomia	exit. letal.	Navratil: Zeitschr. f. Chirurgie Bd. 75, 1904 r.	sekcyjnie wykazano rozpad kilaka tchawicy

9	45 l. m.	tchawica	w roku 1909 krztuszenie się podczas przełykania. Objaw Serharda. Aerofagja	ezofagoskopowo na głębokości 20 cm. na przedniej ścianie przełyku przetoka wielkości grochu	Rózne (?) objawy kiły trzeciorzędowej	Swoiste, odżywianie przez sondę	po kilkutygodniowej kuracji i odżywianiu przez sondę umożliwione przełykanie pokarmów stałych	Schmilinsky: Münchn M. Woch. 1911. Deut. M. Woch. 1911. Berlin Klin. Woch. 1911 Deut. Med. Woch. 1922	Obserwacja 12-toletnia; w przełyku przetoka do tchawicy o brzegach zagojonych
10	28 l. k.	lewe oskrzele o 1½ cm. poniżej rozwidlenia	gwałtowny kaszel podczas przełykania	ezofago i bronchoskopja	Żadnych	swoiste	pomyślne	Klinika Laryngo-otjatryczna U. W. 1925	Obserwacja roczna; zupełny powrót do zdrowia

OBJAWY KLINICZNE. Przetoka pomiędzy przełykiem a drogami oddechowemi pod względem klinicznym nie stwarza jednolitego obrazu chorobowego; jest ona bowiem jeno powikłaniem wielu cierpień, od charakteru których obraz ten zależy. Chwila połączenia się dróg oddechowych z przełykiem bywa czasami zaznaczona podmiotowo uczuciem lęku oraz uczuciem „pęknięcia czegoś wewnątrz"; przedmiotowo przez niektórych autorów był zanotowany ciężki ogólny stan chorego, graniczący z zapaścią a przypominający obraz kliniczny przedziurawienia jelita. Objawem zasadniczym występującym niemal zawsze jest gwałtowne krztuszenie się chorego i kaszel podczas przełykania. Zależnie od wielkości przetoki objaw ten stwierdza się bądź tylko podczas przełykania pokarmów płynnych, bądź też niezależnie od charakteru pożywienia, co zdarza się w obecności większej przetoki, umożliwiającej przedostawanie się do dróg oddechowych cząstkom pokarmów stałych. Początkowo, gdy przetoka jest niewielka, chory łyka pożywienie stałe bez zaburzeń i unika płynów; w miarę powiększania się średnicy przetoki zaczynają przenikać z przełyku nawet większe kęsy. Pokarmy w drogach oddechowych przez podrażnienie śluzówki wywołują odruch kaszlowy bardzo żywy szczególnie w okolicy rozwidlenia tchawicy; gwałtowy, spazmatyczny kaszel stara się usunąć z dróg oddechowych obce ciało. Częste drażnienie błony śluzowej wywołuje ostre nieżyty tchawicy i oskrzeli z wzmożoną produkcją wydzieliny śluzowej, wydalanej wśród kaszlu trapiącego stale chorego. Obronna czynność odruchu kaszlowego jest najczęściej niedostateczna; cząstki pokarmowe dostają się do oskrzeli, gdzie są powodem zachłystowego zapalenia płuc, ze znanemi ogólnie objawami klinicznemi, w następstwie zaś nierzadko ograniczonej zgorzeli z charakterystyczną dla tej sprawy mocno cuchnącą plwociną i upadkiem stanu ogólnego chorego. W znacznym stopniu przyczynia się do podkopania stanu ogólnego niedostateczne odżywianie, którego chory unika ze względu na powodowany przez nie gwałtowny męczący kaszel oraz wykrztuszanie przełkniętego pokarmu.

W grożącem stale zapaleniu płuc oraz niedostatecznem odżywianiu tkwi wielkie niebezpieczeństwo niezależnie od sprawy chorobowej, która omawiane powikłanie spowodowała. W miarę gojenia się przetoki, np. kiłowej pod wpływem lecze-

nia swoistego, przełykanie staje się mniej utrudnionem, łykanie pokarmów stałych—możliwem.

Ma tu również duże znaczenie przystosowanie się chorego do nowych warunków przełykania. Odpowiednie nachylenie klatki piersiowej ze zwrotem głowy w odpowiednią stronę, sprzyja zbliżeniu się brzegów przetoki i przez to broni dostępu do światła dróg oddechowych.

Chorzy w krótkim czasie znajdują doświadczalnie najdogodniejszą dła siebie pozycję łykania i tak się do niej przyzwyczajają, że wchodzi ona niejako automatycznie w skład ruchów podczas aktu przełykania. W ten sposób przez długi czas bronił się się skutecznie przed zachłystywaniem chory Schrötter'a (patrz wyżej „Przetoki wrodzone") z bardzo dużą przetoką przełykowo—tchawiczą. W przypadku Schmilinsky,go (p. tabl. № 9) obserwowany przez autora w ciągu 13 łat chory z przetoką kiłową przełykowo—tchawiczą wielkości grochu podczas łykania stale nachyla głowę ku przodowi i zwraca ją na lewo, przez co skutecznie w ciągu tak długiego czasu zwalcza niebezpieczeństwo przenikania treści pokarmowej z przełyku do dróg oddechowych; gdy jednak niespodzianie dnia pewnego dostał wymiotów, podczas których nie zastosował obronnego położenia, zakrztusił się gwałtownie, co wywołało ogniskowe zapalenie płuca z ciepłotą do 40°.

Zdolnością dowolnego zamykania przetoki przez odpowiednie ustawienie ciała wytłomaczyć należy sobie te przypadki, w których długo istniejąca przetoka nie dawała klinicznie żadnych objawów i była stwierdzona zupełnie przygodnie na stole sekcyjnym (przypadek Schrötter'a, przypadki Teisser i Favel № 1 i inne).

Z objawów klinicznych, zależnych od przetoki pomiędzy przełykiem a drogami oddechowemi bez względu na sprawę chorobową ją wywołującą, wspomieć jeszcze należy o aerofagji. Cząstki pokarmu w drodze do żołądka porywają niejako za sobą z ujścia przełykowego przetoki powietrze, które gromadzi się w żołądku i w jelitach, co może być wykryte zwykłemi metodami badania, lub na ekranie. Gromadzenie się powietrza w żołądku wśród szeregu innych objawów powoduje częstę odbijanie.

ROZPOZNANIE KLINICZNE przetoki pomiędzy przełykiem a drogami oddechowemi nastręcza często znaczne trud-

ności. Według Lekerta znaczna ilość przetok nawet dużych powstałych z raka zostaje stwierdzona dopiero sekcyjnie. Krztuszenie się podczas przełykania i wykasływanie przełkniętego pokarmu nie jest objawem patognomonicznym, występuje bowiem we wszystkich sprawach chorobowych, w których większym zmianom ulega aparat obronny krtani (nagłośnia i struny), strzegący dostępu do wnętrza rury oddechowej. Zupełnie prawidłowy obraz laryngoskopowy nie może w tych wypadkach stanowić cechy różniczkowo—rozpoznawczej, albowiem w przebiegu wielu cierpień przełyku, jak zwężenia, rak, uchyłki, w obrazie klinicznym często dominuje zwracanie przełkniętych pokarmów wśród kaszlu, niekiedy bardzo gwałtownego. Z tych samych względów należy odmówić wartości rozpoznawczej metodzie podanej przez Schütze'go, polegającej na wykrywaniu w wykrztuszonej plwocinie barwników np. błękitu metylowego, którym uprzednio zabarwiono pokarmy.

Większą wartość w wykryciu omawianej przetoki posiadają promienie Roentgena. Prześwietlenie, dokonane w chwili przełykania przez chorego treści kontrastowej, wykaże w pewnej chwili cienką smugę zbaczającą z przełyku i dzielącą się drzewkowato, oddając rysunek oskrzeli. Roentgenogram taki bardzo charakterystyczny jest załączony do opisu przypadku kazuistycznego podanego przez Dra. S. Franka (A. f. Verdaungskrkh. Bd. XX, H. 5, r. 1914). Gwałtowne krztuszenie się chorego, utrudniające w znacznym stopniu badanie Roentgenologiczne oraz powikłane obrazy zależne od głębszych zmian w przełyku czynią często rozpoznanie domniemanem i nie pozwalają przyznać tej metodzie znaczenia rostrzygającego.

Pomocnym w rozpoznaniu omawianych przetok okazał się t. zw. objaw Gerhardt'a podany jeszcze w roku 1890. Zewnętrzny koniec zgłębnika żołądkowego, wprowadzonego do przełyku, połączony rurką szklanną o średnicy 1 cm. umieszcza się w naczyniu z wodą, poczem poleca się choremu nadymać, co powoduje ukazanie się w wodzie tylko kilku drobnych pęcherzyków powietrza; dalsze nadymanie się chorego pęcherzyków nie wywołuje, co jest dowodem całości ścian przełyku; przetoka pomiędzy przełykiem a drogami oddechowemi zdradza się w tej próbie dużemi pęcherzami powietrza, ukazującemi się szybko jeden za drugim w ciągu nawet dłuższego czasu, dopóki trwa nadymanie się chorego. Objaw Gerhardt'a zawodzi w tych wy-

padkach, gdy wprowadzenie zgłębnika jest niemożliwe z powodu zwężenia, np. przez nowotwór; z drugiej strony jest niepewnym, albowiem wymaga wprowadzenia zgłębnika do przełyku na taką głębokość, by jego wewnętrzny koniec był powyżej przetoki, której lokalizacja jest wszak z góry nieznana.

Jedyną metodą niezawodną jest bezpośrednia metoda badania przełyku i dróg oddechowych. Jedynie ezofago — i tracheobronchoskopia udostępnia badanie ad oculos intra vitam tych ukrytych narządów. Staranne oglądanie ścian przełyku wykaże przetokę, która zdradza swe umiejscowienie owrzodzeniem, ziarniną, bądź widocznym otworem, z którego wydobywa się fala ciepłego powietrza podczas wydechu. Wprowadzony tracheoskop wykaże na ścianie tchawicy lub oskrzeli owrzodzenie i ziarninę wokoło ujścia przetoki, z której wydobywa się wydzielina śluzowa, pochodząca z przełyku. Niekiedy uda się wykazać w drogach oddechowych ślady przełkniętego uprzednio pokarmu; dla łatwiejszego wykrycia tych śladów należy, jak sądzę, podać choremu do przełknięcia przed dokonaniem tracheoscopji płyn zabarwiony błękitem metylowym.

ROKOWANIE zawsze poważne zależy w pierwszym rzędzie od charakteru sprawy chorobowej, która przetokę spowodowała. Powiększająca się stale przetoka, np. w zależności od rozpadu nowotworu lub od gruźlicy wrzodziejącej, nieuchronnie prowadzi do przyspieszenia zejścia fatalnego. Inaczej bywa, jeżeli przetoka jest powikłaniem cierpienia, mającego tendencję do gojenia się, np. leczonej kiły lub w przypadku należycie traktowanej przetoki urazowej; w tych wypadkach w miarę zmniejszania się przetoki przełykanie staje się mniej utrudnionem, szczególnie większych kęsów pokarmów stałych; w następstwie może dojść do zupełnego zamknięcia się przetoki przez bliznę.

LECZENIE w dążeniu do zamknięcia przetoki winno mieć na celu: 1) obronę narządu oddechowego przed treścią pokarmową przedostającą się z przełyku, 2) dostateczne odżywianiu chorego. Dwa te zadania znajdują jednocześne rozwiązanie w odżywianiu chorego przez sondę żołądkową bądź też przez dokonaną operacyjnie zewnętrzną przetokę żołądkową.

Wybór jednej z tych metod winien być dokonywany od przypadku do przypadku, ściśle indywidualnie w zależności od ogólnego stanu chorego, wielkości i umiejscowienia przetoki. Odżywianie przez sondę można zastosować w tych wypadkach,

gdzie miękki zgłębnik, nie natrafiając na opór, daje się z łatwością wprowadzić do żołądka, a leczenie cierpienia podstawowego rokuje zagojenie się przetoki w krótkim czasię. Gdy wprowadzenie zgłębnika jest utrudnione, powoduje krztuszenie się i kaszel, co nasuwa podejrzenie przenikania zgłębnika do dróg oddechowych, należy zalecić gastrostomję. W przypadkach przetok rakowych nie należy czynić prób odżywiania przez sondę wobec niebezpieczeństwa przebicia zmienionej nowotworowo ściany przełyku. Jednocześnie z uwzględnieniem dwóch wymienionych wyżej kardynalnych warunków leczenia przetok wielki nacisk powinien być położony na leczenie cierpienia podstawowego, które przetokę spowodowało. Wdzięczne pole przedstawiają przypadki przetok urazowych i kiłowych, w których usunięcie obcego ciała, względnie energiczne leczenie swoiste może sprowadzić zupełne zamknięcie się przetoki przez bliznę.

Kilkakrotnie były czynione próby leczenia operacyjnego omawianych przetok. Pieniążek podczas operacji usuwania blizn twardzielowych z tchawicy przebił jej tylną ścianę; wytworzoną w ten sposób przetokę tchawiczo—przełykową zaszył;— zagojenie nastąpiło przez rychłozrost. Poncet w przypadku promienicy przełyku powikłanego przetoką do tchawicy po wyłyżeczkowieniu brzegów przetoki i zaszyciu otrzymał zupełnie zamknięcie przetoki przez bliznę.

Na zakończenie podnieść należy, że w przypadkach przetok pomiędzy przełykiem a drogami oddechowemi, jak i we wszystkich innych sprawach chorobowych tych ukrytych narządów, ezofago — i tracheo—bronchoskopja jest jedyną w obecnym stanie wiedzy metodą, umożliwiającą wczesne i dokładne rozpoznanie, ścisłą lokalizację zmian a przez to racjonalne leczenie.

STATYSTYKA TWARDZIELI KLINIKI LARYNGOOTJATRYCZNEJ UNIWERSYTETU WARSZAWSKIEGO.

podał Dr. JAN GODLEWSKI, asystent kliniki.

Przystępując do omawiania statystyki przypadków twardzieli, leczonych w klinice laryngootjatrycznej U. W. w czasie od 1921 roku do dn. 1 maja b. r., muszę na wstępie zaznaczyć, że materjał, z którego korzystałem (historje choroby) w kilku przypadkach posiada pewne niedokładności, spowodowane brakiem dokładnie zaznaczonych miejsc pochodzenia chorych.

Ogółem ilość przypadków, którą udało mi się zebrać wynosi 73 (z tych jeden leczony ambulatoryjnie).

Z ogólnej liczby chorych kobiety stanowiły 60,2% — 44 przypadki, mężczyźni 39,7% — 29 przypadków. Zwraca uwagę stosunkowo duży odsetek kobiet.

Co się tyczy wieku dzielimy nasz materjał na następujące grupy:

Do lat 10-iu włącznie	—	1	przypadek	—	1,4%
Od l. 11 do 20 „	—	22	„	—	30,1%
„ 21 „ 30 „	—	24	„	—	32,8%
„ 31 „ 40 „	—	19	„	—	26%
„ 41 „ 50 „	—	6	„	—	8,2%
„ 51 „ 60 „	—	1	„	—	1,4%

Najmłodszy z chorych liczył 10 lat (dziewczynka), najstarszy (kobieta) — 58 lat.

Jak widzimy największą liczbę stanowili chorzy w wieku od 21 do 30 lat — 32,8%, następnie w wieku od 11 do 20 lat 30,1% i 26% w wieku od 31 do 40 lat. Wynikałoby z tego, że w niezwykle powolnym przebiegu twardzieli do zmian wyraźnych, wywołujących zaburzenia, dochodzi najczęściej pomiędzy 20 a 40 rokiem życia.

O wiele ważniejszem byłoby stwierdzenie początku choroby. Nie jest to jednak rzeczą łatwą, przedewszystkiem dlatego, że wywiady w tym kierunku są zupełnie niepewne. Cierpienie rozpoczyna się tak powoli i początkowe objawy są nieraz tak dyskretne, że pacjent (musimy tu jeszcze uwzględnić w większości przypadków małą inteligencję chorych) nie jest poprostu w stanie ściśle oznaczyć początku choroby. Cyfry, otrzymane w poniższem zestawieniu, są dość charakterystyczne, bo potwierdzają nasze obserwacje kliniczne, że twardziel, atakując ustrój w dzieciństwie, staje się chorobą jawną dopiero w wieku młodzieńczym (50%, przypadków zachorowało w wieku od 10 do 20 lat).

Opierając się na danych z wywiadów, przypuszczalnie dałoby się ustalić początek choroby w naszych przypadkach, jak następuje:

Od	1 — 10	lat.	zachorowało	3 —	4,1%
„	10 — 20	„	„	37 —	50,6%
„	20 — 30	„	„	18 —	24,6%
„	30 — 40	„	„	9 —	12,3%
„	40 — 50	„	„	6 —	8,2%

Na ogólną ilość 73 przypadków wypada 6 żydów (8,2%), reszta chrześcijanie. Należy tu zaznaczyć, że twardziel panuje głównie na wsi, gdzie, jak wiadomo, żydzi prawie nie mieszkają;—wszystkie 6 przypadków pochodzą z miasta.

Mieszkańcy wsi stanowili większość naszych pacjentów — 51 przypadków (69,8%), wśród nich jedna obywatelka ziemska, jeden nauczyciel ludowy — reszta drobni gospodarze rolni. Na miasta przypada 18 przypadków (24,6%), które według zawodów dzielą się:

Student — 1 (do 13-go roku życia mieszkał stale na wsi na Podolu).

Kobiety, zajęte w gospodarstwie domowem	— 11
Subjekt	— 1
Sklepowa	— 1
Krawcowa	— 1
Służące	— 2
Krawiec	— 1

W czterech przypadkach brak wiadomości o miejscu pochodzenia i zamieszkania.

Miejsce pochodzenia i zamieszkania według województw udało się ustalić w 65 przypadkach; z pozostałych 8 — jeden

pochodzi z Rosji (Mińsk) — w 4-ch, aczkolwiek nazwy wsi są oznaczone w kartach, nie mogłem odszukać do jakich województw należą i wreszcie w 3-ch nie było zgoła żadnych wskazówek o miejscu ich pochodzenia.

Podział 65 przypadków na województwa przedstawia się, jak następuje:

Województwo Warszawskie

Starostwo	Warszawa (miasto) ?	— 2
„	Gostynin	— 1
„	Pułtusk	— 1
„	Radzymin	— 1
„	Mińsk Mazowiecki	— 1
	Ogółem	— 6

Województwo Kieleckie

Starostwo	Kielce	— 1
„	Kozienice	— 1
„	Opatów	— 1
„	Radom	— 1
„	Iłża	— 2
	Ogółem	— 6

Województwo Poleskie

Starostwo	Kobryń (miasto)	— 1
„	Brześć n/B (1 prz. — miasto)	— 3
„	Prużany (miasto Szereszów)	— 1
	Ogółem	— 5

Województwo Wołyńskie

Starostwo	Kowel (miasto)	— 1
„	(?)	— 2
	Ogółem	— 3

Województwo Lubelskie

Starostwo	Radzyń (1 prz. m. Międzyrzec)	— 6
„	Włodawa	— 3
„	Chełm	— 2
„	Łuków (1 prz. m. KocK)	— 4

Starostwo	Krasnystaw	— 1
„	Siedlce	— 5
„	Puławy	— 1
„	Bialskie (m. Biała Podlaska)	— 1
„	Sokołów (miasto)	— 1
„	Lubartów	— 1
„	Konstantynów	— 1
„	Hrubieszów (1 prz. miasto)	— 3
„	Lublin (miasto)	— 1
	Ogółem	—30

Województwo Białostockie

Starostwo	Kolno	— 1
„	Białowieża	— 2
„	Bielsk	— 1
„	Suwałki (miasto)	— 1
„	Grodno	— 2
„	Wołkowyski (m. Piaski)	— 1
„	Sejny (miasto)	— 1
„	Ostrów	— 1
„	Łomża (miasto)	— 1
	Ogółem	—11

Województwo Nowogródzkie

Starostwo	Stołpce	— 1
„	Lida	— 1
„	Nieśwież	— 1
„	Słonim (miasto)	— 1
	Ogółem	— 4

Okazuje się, że najwięcej wypadków twardzieli mieliśmy z Województwa Lubelskiego, mianowicie 30, co na ogólną liczbę 72-ch przypadków z Polski stanowi 41, 6%; przyczem najliczniejsze skupienia twardzieli według naszych danych znajdują się w starostwach Radzyńskiem i Siedleckiem. Na 2-em miejscu województwo Białostockie — 11 przypadków (15, 2%). Co się tyczy przypadków twardzieli z Warszawy, to aczkolwiek wymienionych zostało dwa, jednak na zasadzie pewnych danych wiem, że są to osoby, które znalazły się tutaj w okresie już

rozwiniętego cierpienia, pochodzą zaś z miejscowości, objętych twardzielą. Możemy więc stolicę naszą uważać za zupełnie wolną od twardzieli.

Przechodzę następnie do objawów klinicznych twardzieli. Przedewszystkiem zwraca uwagę wielka obojętność, z jaką chorzy znoszą cierpienie nawet już w okresie daleko posuniętych zmian. Cały szereg ich zgłasza się dopiero po kilku latach istnienia choroby z chwilą, kiedy objawy stają się bardzo dokuczliwe, albo, co bywa znacznie częściej, groźne dla życia. Bardzo często chorzy, zgłaszający się do kliniki z powodu duszności, a więc zmian w krtani lub tchawicy, oddawna już posiadają rozległe zmiany w nosie i nosogardzieli, z powodu których jednak zupełnie się nie leczyli.

Jak wynika z obliczeń najwięcej—39 osób (53, 4%) zgłosiło się z powodu zmian w krtani. Jest to zupełnie zrozumiałe, chociażby z tego względu, że nawet nieznaczne zmiany twardzielowe w krtani mogą spowodować zwężenie, doprowadzające do zaburzeń oddechowych, a więc siłą rzeczy zmuszają chorego zwrócić się do lekarza o pomoc. Z powodu zmian w nosie zgłosiło się 17 osób (23, 2%), zmian w krtani i nosie — 15 (20,5%), zmian w krtani i tchawicy — 2 (2, 7%).

Jeżeli chodzi o umiejscowienie sprawy, to jak wiadomo, twardziel powstaje jednocześnie w nosie, gardzieli, krtani i tchawicy, nawet wtedy, kiedy zmiany dadzą się wykazać wyraźnie w jednym tylko narządzie; w innych znajdują się wtedy w stanie ukrytym (Prof. Erbrich — Patologja dróg oddechowych górnych i uszu. Cz. I).

Stosunek zmian, wyraźnie zaznaczonych w poszczególnych narządach, przedstawia się w następujących liczbach:

Nos (zmiany wyraźnie tylko w nosie)	— 1
Krtań (zmiany wyraźne tylko w krtani)	— 2
Nos i krtań	— 12
Nos i gardziel	— 7
Krtań i gardziel	— 3
Nos, gardziel i krtań	— 32
Gardziel, krtań i tchawica	— 1
Nos, gardziel, krtań i tchawica	— 15

Jak z tego widać tylko w 3-ch przypadkach (4, 1%) zmiany twardzielowe dotyczyły jednego narządu, w pozostałych by-

ły jednocześnie w kilku, co w zupełności potwierdza nasze spostrzeżenia kliniczne.

Co do częstości występowania wyraźnych zmian twardzielowych w poszczególnych narządach otrzymałem następujące dane:

Nos	—	67	przypadków	—	91,7%
Krtań	—	65	„	—	89%
Gardziel	—	58	„	—	79,4%
Tchawica	—	16	„	—	21,9%

Co się tyczy rozpoznania twardzieli, to we wszystkich przypadkach, gdzie było dokonane badanie krwi na odczyn Bordet—Gengou ze stwierdzonemi szczepami twardzieli, próba ta wypadła dodatnio. Dlatego też jest ona najpewniejszą metodą rozpoznawczą i z chwilą jej wprowadzenia sprawa różniczkowania twardzieli od innych cierpień przewlekłych nie przedstawia żadnych trudności.

O zaraźliwości twardzieli nic pewnego nie da się powiedzieć. Za tem, że twardziel jest chorobą zaraźliwą, przemawiałyby te bardzo nieliczne przypadki, gdzie w jednej rodzinie dotkniętych było kilka osób (rodzice — dzieci). Przemawiałoby również to, że osoby, urodzone w miejscowościach, w których twardzieli zupełnie nie spotykamy, zachorowały po osiedleniu się w miejscu, gdzie twardziel panuje endemicznie. Z drugiej strony mamy znaczną większość przypadków, gdzie pomimo, że cierpienie u jednego z członków rodziny trwa szereg lat i doprowadza do zmian twardzielowych daleko posuniętych, nikt jednak z najbliższego jak i dalszego otoczenia chorego, oprócz niego samego nie choruje. Nieznane są również przypadki zarażenia się twardzielą osób z personelu szpitalnego, który jest w ciągłej styczności z choremi (obserwacje prof. Pieniążka). Tu muszę dodać, że prof. Hornowski w swych wykładach w ten sposób wypowiada się o zaraźliwości twardzieli: „Zarazek przenosi się bezpośrednio z człowieka na człowieka“ (Anatomja patologiczna. Repetitorjum).

Jeszcze jedna uwaga nasuwa się po przejrzeniu powyższego materjału statystycznego, a która wiąże się ściśle z patogenezą twardzieli, zupełnie zresztą nieznaną. Wszyscy nasi chorzy to przeważnie mieszkańcy wsi, małych osad i miasteczek, ludzie po większej części materjalnie nieżamożni, żyjący w dość niekorzystnych warunkach hygienicznych. Jakie czynniki wpły-

wają na to, że twardziel szerzy się głównie na wsi, a jeżeli w mieście. to pośród ludności ubogiej, i to tylko w pewnych określonych granicach, — nie wiemy. Wyjaśnienie jednak tej sprawy jest konieczne i badania nad twardzielą właśnie powinny pójść w tym kierunku, jeżeli chcemy skutecznie walczyć z tem, bądź co bądź, groźnem cierpieniem.

Na zakończenie należy dodać kilka słów o leczeniu twardzieli, które zgodnie z współczesnemi poglądami na tę sprawę, polega głównie na stosowaniu naświetlań promieniami Rentgena. Te ostatnie uważamy dzisiaj, jako najskuteczniejszy środek przeciewko twardzieli. Pierwsze naświetlanie w naszej klinice było dokonane w końcu 1923 roku i od tego czasu jest stosowane systematycznie u wszystkich chorych. Na 37 chorych, którzy byli poddani naświetlaniu, poprawa nastąpiła w 25 przypadkach, t. j. w tych, gdzie mieliśmy do czynienia tylko ze zmianami naciekowemi. W pozostałych, w których oprócz zmian naciekowych były również bliznowate, t. j. zmiany twardzielowe daleko posunięte, poprawy nie można było zaobserwować.

Leczenie chirurgiczne do dzisiejszego dnia odgrywa ważną rolę w terapji twardzieli. Przedewszystkiem trachetomji, jako zabiegu, ratującego życie chorego, dokonano 13 razy. W 7 przypadkach po dalszem naświetlaniu promieniami Rentgena rurkę tracheotomijną usunięto. A więc o ile nawet przy znacznem zwężeniu krtani niedrożnosc jest wywołana tylko naciekami, to po dokonanej tracheotomji następne naświetlanie napewno doprowadzi do poprawy i ewentualnego usunięcia rurki. W tych przypadkach, gdzie doszło do zwężenia krtani nie tylko wskutek zmian naciekowych, ale i rozległych zmian bliznowatych i gdzie od naświetlania samego nie można się było spodziewać przywrócenia drożności, była stosowana laryngofissura (6 razy); — ostatnia dn. 31.X 25 roku. W 25 przypadkach były usuwane na ostro, t. j. nożem i łyżeczką, nacieki skleromatyczne w nosie, w niektórych kilkakrotnie. Również i tutaj drożność nosa została przywrócona tylko tam, gdzie zmiany były wyłącznie naciekowe.

Pozostaje mi jeszcze nadmienić, że naświetlanie promieniami Rentgena powinno być stosowane na cały teren górnych dróg oddechowych, bo jak poucza doświadczenie kliniczne (o czem zresztą już wspominałem), zmiany twardzielowe powstają jednocześnie w nosie, gardzieli, krtani i tchawicy.

SPOSÓB SKUTECZNEGO LECZENIA KRWAWIEŃ Z PRZEGRODY NOSOWEJ.

Podał dr. HENRYK LEWENFISZ, asystent kliniki.

Krwawienia z przegrody nosowej należą dzięki obfitemu unaczynieniu jej śluzówki, szczególnie w przedniodolnej części—miejscu dostępnemu urazom, do najczęstszych krwawień ustroju ludzkiego.

Główną tętnicą przegrody nosowej jest, odchodząca od klinowo—podniebiennej (a. spheno—palatina), tętnica tylnonosowa (a. nasalis posterior septi).

Rozgałęzia się ona w tylnej części przegrody na trzy tętniczki końcowe, biegnące ku przedniodolnej części, gdzie łączą się z rozgałęzieniami tętnicy sitowej (a. ethmoidalis), z rozgałęzieniami tętnicy górnej wargi (a. labialis superior) oraz z rozgałęzieniami tętnicy podniebiennej (a. palatina major).

Wytworzony w ten sposób splot naczyniowy w przedniodolnej części chrząstki czworokątnej — cartilago quadrangularis (locus Kisselbachi) jest źródłem najczęstszych krwawień z przegrody. Krwawienia z przegrody zdarzają się najczęściej u ludzi pracujących w kurzu, jak węglarzy, kamieniarzy, murarzy.

Na łatwo krwawiącej przegrodzie widzimy zwykle, wystającą nad powierzchnię jej przedniodolnej części, tętniczkę żylakowato rozszerzoną, jedną lub więcej nadżerek, pokrytych strupkami, przedstawiających się czasami w postaci małych guzków i krwawiących przy najlżejszym dotyku. Krwawienia z przegrody nosowej powstają nietylko wskutek urazów mechanicznych, lecz przy każdem wzmożeniu ciśnienia układu krwionośnego, samoistnem, czy też spowodowanem różnemi stanami chorobowemi.

Niezależnie jednak od przyczyny krwawienia musimy zawsze prawie stosować poza ogólnem leczenie miejscowe.

Najbardziej rozpowszechnioną metodą leczenia krwawień z przegrody nosowej są przyżegania chemiczne lub galwanokaustyczne.

Wiemy jednak, jak mało są one skuteczne.

Przyczyną złych wyników przyżegania jest wytwarzanie się licznych powierzchownych blizn, zniszczenie nabłonka migawkowego i walcowatego, stąd niedostateczne wydzielanie śluzu; naskutek wysychania śluzówki wytwarzają się mocno przylegające strupy, które są zrywane przez pacjentów i przyczyniają się do świeżych krwawień. Wciąż powtarzane przyżegania powodują coraz głębsze zniszczenie tkanek i niejednokrotnie doprowadzają do przedziurawienia przegrody, zwłaszcza gdy sprawa jest obustronna i symetryczna. Takież przedziurawienia przegrody mogą powstać samoistnie przy często powtarzających się krwawieniach wskutek niedokrwienia przez wytwarzające się blizny i stąd niedostatecznego odżywiania przegrody.

Kilka przypadków uporczywych krwawień z przegrody nosowej u chorych ze skrzywioną przegrodą i wyleczonych po podśluzowem usunięciu przegrody nosowej, podsunęły mi myśl analogicznego postępowania w przypadkach uporczywych krwawień z przegrody, z tą różnicą, że chrząstki nie usuwałem, a ograniczałem się jedynie do oddzielenia śluzówki od ochrzęstnej.

Skuteczność tego postępowania polega na wytwarzaniu się tkanki łącznej pomiędzy śluzówką i ochrzęstną.

Beck (The Laryngoscope Bd. XIX № 12. 1909), badając drobnowidzowo przegrodę nosową u chorego zmarłego z powodu zapalenia płuc, któremu w $2\frac{1}{2}$ roku przed śmiercią usuwał podśluzowo przegrodę nosową, stwierdził, iż obie śluzówki były pokryte grubą warstwą tkanki łącznej, przyczem gruczoły śluzówki pozostały mało zmienione.

Takież wyniki otrzymał Samojlenko w doświadczeniach przeprowadzonych na kotach (Zeitschrift für Laryngologie etc. Bd. VI. Heft I. S. 7). Oczywiście, podobnych zmian histologicznych należy się spodziewać, po oddzieleniu śluzówki bez usunięcia chrzęstnej przegrody.

Zabieg powyższy polega na następującem postępowaniu:

1) Znieczulenie śluzówki 10% rozczynem kokainy z adrenaliną.

2) Wstrzyknięcie podśluzowe 2 — 3 cm^3. $^1/_2$% rozczynu

nowokainy pod ciśnieniem za pomocą strzykawki Lermoyer'a iub Fischera (z igłą nakręcaną).

3) Nacięcie na przestrzeni ± 5 mm. śluzówki w najprzedniejszej części chrząstki (przepuszczające wązki raspator).

4) Oddzielenie śluzówki od ochrzęstnej.

5) Ucisk tamponami śluzówki poprzez wziernik Kiliana.

6) Usunięcie tamponu dnia następnego.

Już umiejętne podśluzowe wstrzyknięcie nowokainy wystarczy niejednokrotnie do oddzielenia śluzówki, W przypadkach obfitych krwawień, gdzie przyżeganie nie powstrzymuje krwawienia wskutek zmywania wytwarzającego się strupka przez silny strumień krwi, da się osiągnąć zupełne zatrzymanie krwawienia już po zastrzyknięciu podśluzowem słabego rozczynu nowokainy.

Kilkakrotnie na tem zabiegu poprzestawałem. Oddzielenie śluzówki wystarczy najczęściej wykonać w miejscu Kiselbacha. Jeżeli zaś widzimy na przegrodzie wiele punktów krwawiących, należy oddzielić śluzówkę na całej przestrzeni.

To ostatnie zdarza się wtedy, gdy krwawienie występuje w związku ze wzmożonem ciśnieniem układu krwionośnego.

Zabieg wyżej opisany jest bardzo łatwy i chorzy znoszą go doskonale.

W ciągu 3-ch lat postępuję w ten sposób we wszystkich przypadkach uporczywych krwawień i nigdy nie zauważyłem powtórnego krwawienia, u wielu chorych, których miałem sposobność obserwować w ciągu b. długiego czasu.

BRONCHOSKOPJA W PRZYPADKACH ASFIKSJI

podał Dr. HENRYK LEWENFISZ, asystent kliniki.

Dnia 15-go czerwca 1924 r. zgłosił się do kliniki 45-letni K. P. robotnik z objawami znacznej duszności, wywołanej jak badanie stwierdziło, zwężeniem krtani, powstałem wskutek zmian wrzodziejąco-rozrostowych i obrzękowych na tle gruźlicy Na wykonanie niezwłoczne tracheotomji chory nie zgodził się. Tejże jednak nocy, wezwany do kliniki, zastałem chorego bez oddechu, z ledwie wyczuwalnem tętnem. Wykonana w okresie końcowym porażenia oddechu tracheotomia nie dała pożądanego efektu —oddech nie wrócił. W następstwie zabiegu sztucznego oddychania poprawiło się tętno, twarz się nieco zaróżowiła lecz w ciągu mniej więcej dwudziestu minut ani razu chory nie wykonał samoistnego oddechu. Gdy sztuczne oddychanie przerywano, tętno zanikało, wracało znowu przy każdym ponownym zabiegu. Stosowane przez nas w sposób ogólnie znany oddychanie sztuczne było widocznie zbyt słabą podnietą dla wywołania samoistnego oddechu.

Na podstawie bardzo bogatego w naszej klinice materjału bronchoskopowego zdobyłem przeświadczenie, iż najżywszym odruchem ustroju jest odruch, wywołany ze śluzówki tchawicy, zwłaszcza w miejscu rozgałęzienia tchawicy na oskrzela. To też po bezskutecznych próbach sztucznego oddychania, wprowadziłem choremu bronchoskop, drażniąc bezpośrednio miejsce rozgałęzienia tchawicy zgłębnikiem.

Natychmiast po dotknięciu błony śluzowej chory zakaszlał, wykształcił gęstą plwocinę i wykonał trzy — cztery głębokie oddechy, poczem znów nastąpiła zapaść. Po następnem podrażnieniu chory wykonał kilkanaście oddechów.

Bronchoskopu nie usuwałem, w krótkich odstępach czasu

wykonałem jeszcze kilka podrażnień tchawicy, wrócił normalny oddech, chory odzyskał przytomność.
Dnia następnego opisałem profesorowi Erbrichowi otrzymany powyżej efekt. Profesor przypomniał przypadek jaki mieliśmy przed dwoma laty, a który doskonale uzupełnia powyżej opisany.

Do kliniki został przywieziony w stanie nieprzytomnym chory z objawami znacznej duszności wywołanej rakiem krtani Obecność na szyi znacznie powiększonych gruczołów oraz rozległego ropnia na przedniej części szyi nowotworowo nacieczonej przedłużyło nieco tracheotomję. Podczas operacji chory przestał oddychać, oddech nie powracał po założeniu rurki tracheotomijnej, ani też po zastosowaniu sztucznego oddychania.

Przypuszczając, iż zwężenie znajduje się poniżej rurki tracheotomijnej, założyliśmy tracheoskop. W tym momencie chory zaczął samoistnie oddychać, chociaż w tchawicy żadnej przeszkody nie było.

Nie ulega wątpliwości, iż w tym wypadku bodżcem dla wywołania odruchu oddechowego było podrażnienie błony śluzowej tchawicy przez tracheoskop.

Ruchy oddechowe zależą od stanu pobudliwości ośrodka oddechowego. Ośrodek oddechowy. otrzymuje podniety bezpośrednio ze krwi i pośrednio za pomocą nerwów dośrodkowych (n. błędny, nn. skóry, nn. węchowe). Najżywszym, jak to potwierdza nasze doświadczenie, jest odruch, wywołany przez bezpośrednie drażnienie śluzówki tchawicy w miejscu jej rozgałęzienia. Od tego czasu mieliśmy możność kilkakrotnie zastosować tę metodę w przypadkach asfiksji, raz w przypadku porażenia oddychania podczas narkozy i zawsze z dobrym wynikiem.

Powyżej opisane przypadki nasuwają przypuszczenie, że skuteczność oddychania sztucznego osięga się nietyle przez wtłaczanie powietrza do pęcherzyków płucnych, lecz w znacznym stopniu przez odruch, wywołany podrażnieniem zakończeń nerwu błędnego tchawicy, oskrzeli i pęcherzyków płucnych przez wtłaczany słup powietrza.

POLSKIE TABLICE AKUMETRYCZNE.

Podali

Dr. LUDWIK ABRAMOWICZ i Dr. SZYMON MAŁOWIST.

asyst. kliniki.

Badanie słuchu, stanowiące doniosłą metodę rozpoznawczo—różniczkową w cierpieniach narządu słuchu, wykonane być może za pomocą dwu sposobów: 1) badaniem stroikami lub innemi przyrządami jako źródłami tonów prostych i 2) badaniem za pomocą mowy.

Pierwszy z tych sposobów, dając dokładny obraz pola słuchowego, wskazuje jednocześnie w ktorym odcinku skali muzycznej istnieje upośledzenie słuchu (badanie jakościowe słuchu), co, jak wiadomo, jest wskazówką niezmiernie ważną przy różniczkowaniu schorzeń aparatu doprowadzającego dźwięki (ucho zewnętrzne i środkowe) od cierpień aparatu percepcyjnego (ślimak). Tej ważnej wskazówki nie dostarcza badanie słuchu za pomocą mowy wykonywane tak, jak to się ogólnie praktykuje drogą zadawania choremu pytań, bądź polecenia powtarzania wyrazów dowolnie przez badającego ad hoc dobranych.

Tymczasem odpowiednio zmodyfikowana metoda badania za pomocą mowy, usuwając ten brak najważniejszy i dajac możność badania słuchu nie tylko pod względem ilościowym lecz i jakościowym, posiada wiele stron dodatnich, z których wspomnimy: 1) daje w swych wynikach obraz zdolności słuchowej *na mowę*, t. jest na najważniejszy i najczęstszy przedmiot percepcji słuchu w życiu codziennem;

2) stawia miejsze wymagania wobec intellektu i uwagi chorego, co często niezmiernie ułatwia a nawet umożliwia badanie, zwłaszcza jeżeli chodzi o dzieci;

3) daje możność łatwej kontroli badanego przez polecenie powtórzenia usłyszanych wyrazów; tego ważnego czynnika

kontroli jest zupełnie pozbawione badanie słuchu za pomocą stroików;

4) uniezależnia lekarza od drogich i trudno przenośnych przyrządów;

5) wymaga mniej czasu i nakładu pracy.

* * *

By służyć do celów jakościowego badania słuchu, metoda badania za pomocą mowy winna być upodobniona w pewnym stopniu do badania za pomocą stroików, mianowicie każdy „wyraz próbny“ winien odpowiadać pod względem akustycznym dźwiękowi określonej wysokości względnie pewnemu ściśle uprzednio oznaczonemu odcinkowi skali muzycznej (wysokiemu, środkowemu, niskiemu).

Upodobnienie takie jest możliwe dzięki badaniom Helmholtz'a, Donders'a, Wolf'a i innych nad istotą dźwięków mowy ludzkiej. W swych słynnych badaniach nad analizą i syntezą samogłosek doszedł Helmholtz do wniosku, iż każda z nich jest dźwiękiem złożonym z całego szeregu tonów, powstających wskutek drgania strun głosowych; z tonów tych najniższy jest według tego autora tonem zasadniczym, reszta zaś tonów towarzyszących tworzy jego harmonijne tony górne („obertony“).

Przy wymawianiu poszczególnych samogłosek jama ustna i nosogardzielowa dzięki ruchomym swym częściom (podniebienia miękkie, język, wargi) wytwarzają przestrzenie o stałych i dla każdej poszczególnej samogłoski charakterystycznych kształtach, tworząc dla przechodzących fal powietrznych rezonatory nastawione na tony wysokie. Niektóre ze wspomianych harmonijnych tonów górnych, odpowiadając tonom tych jam rezonansowych, ulegają znacznemu nasileniu i stanowią tak zwane *„górne tony dominujące“* („formanty“) — jednakowe, stałe i dla poszczególnej samogłoski charakterystyczne. Ucho ludzkie rozpoznaje i rozróżnia poszczególne głoski dzięki percepcji tych właśnie najjaskrawszych „tonów dominujących“.

Nieco odmienną jest istota powstawania samogłosek według Hermann'a, który sądzi, że charakteryzujące poszczególne głoski tony dodatkowe, dołączające się do tonu zasadniczego strun głosowych, są tonami samodzielnemi, powstającemi w jamie ustnej i nosogardzielowej, niecharmonijnemi w stosunku

do tonu zasadniczego. Nie wdając się w rozważanie spornych szczegółów teoretycznych, podkreślić należy, iż obie teorje za przyczynę różnorodności dźwięków mowy ludzkiej uznają przewagę wchodzących w skład głosek tonów dodatkowych, stałe występujących przy każdej i ją charakteryzujących. Zasady teorji Helmhotz'a i Hermann'a zostały potwierdzone w nowszych czasach przez dokładne badania Garten'a i Kleinknecht'a („Beiträge zur Vokallehre" 1923).

W myśl swej teorji Helmholtz zbadał pod względem akustycznym samogłoski niemieckie, określając wysokość „tonów dominujących" każdej z nich. Wyniki tych badań w zestawieniu z analogicznemi badaniami Hermann'a i Donders'a uwidocznia tablica № 1.

Przy wymawianiu samogłoski	nasila się następujący ton dominujący: według		
	Helmholtz'a	Hermann'a	Donders'a
U	f	początek I i II oktawy	f^1
O	b^1	początek I-ej oktawy	d^1
A	b^2	f^2 — a^2	b^1
E	b^3	początek II-ej i koniec III-ej oktawy	cis
I	d^1	środek IV-ej oktawy	f^3

Tabl. № 1.

Analiza akustyczna spółgłosek napotyka znaczne trudności, wynikające stąd, że w skład spółgłosek poza tonami wchodzą tak zwane szumy, t. j. drgania nieokresowe fal powietrznych, trudne do zanalizowania. Badacz tej miary co Helmholtz wypowiada się o położeniu w skali tonów tylko co do *M* i *N*; innych spółgłosek nie uwzględnia, sądząc, że „są to szumy o niestałej wysokości". Stanowisko takie podziela tylko częściowo Oskar Wolf, który na zasadzie badań akustycznych

nad spółgłoskami przy pomocy aparatu Appun'a doszedł do wniosku, iż tylko spółgłoski *M*, *N*, *L*, *H* i *W* nie mogą być samodzielnie bez pomocy samogłoski wypowiedziane; spółgłoski te nie posiadają własnego tonu („tonborgende Konsonanten"); natomiast reszta spółgłosek niemieckich (*R*, *B*, *K*, *T*, *F*, *G*, *S*, *Sch*) posiada określony własny ton, może być zdaniem tego autora zupełnie samodzielnie użyta, przy tworzeniu ich szumy nie biorą udziału, a towarzysząc niektórym z nich wpływają wyłącznie na barwę (timbre) wymawianej spółgłoski, nie zmieniając, co jest najważniejsze, jej wysokości.

Dane o położeniu w skali muzycznej spółgłosek niemieckich, wynikające z badań Wolf'a, Hermann'a, Bezold'a i Helmholtz'a przedstawia tablica № 2.

POŁOŻENIE SPÓŁGŁOSEK W SKALI TONÓW.				
Spółgłoska	według			
	Wolf'a	Hermann'a	Bezold'a	Helmholtz'a
B, P	e^1	a — ais	nie określa	nie określa
K, G	d^2 — d^3	f^3 .— fis^3	powyżej e^2	
T, D	fis^2—fis^3	fis^3 — g^3	nie określa	
F, V	a^2 — a^3	F=f^3—c^4 V=a^3—c^4	fis^1 — g^4	
S	e^4 — c^4	gis^3	czwarta oktawa	
Sch	$a^3+d^4+fis^4$	h^3 — c^4	c^2 — e^5	
R	$C^{-3}+C^{-2}+C^{-1}+C$	G^{-2}—E^{-1}	C^{-2}—C	
Ch	niskie	G^{-2}—E^{-1}	nie określa	
M	mała oktawa	h^3 — c^4	niskie	mała oktawa
N	mała oktawa	h^3 — c^4	dis — gis	mała oktawa

Tabl. № 2.

Z porównania badań, dotyczących położonia w skali muzycznej poszczególnych głosek, łatwo stwierdzić się daje, że różnice w wynikach otrzymanych przez różnych autorów wahają się nieznacznie, co najwyżej w zakresie jednej oktawy, co jest tem cenniejsze, iż do wyników tych doszli badacze zupełnie odmiennemi drogami: większość za pomocą metod opartych na doświadczeniach fizycznych, natomiast dane Bezold'a pochodzą ze znanych jego badań nad t. zw. „wysepkami słuchowemi" głuchoniemych. Z zestawienia wyników poszczególnych autorów wypływa również doniosłej wagi spostrzeżenie, że kolejność w skali tonów poszczególnych głosek i ich wzajemny stosunek pod względem akustycznym u każdego z autorów jest identyczny.

Naukę o istocie głosek mowy ludzkiej oraz dotyczące badania akustyczne zaproponował wyzyskać dla celów jakościowego badania słuchu za pomocą mowy holender Quix na VII międzynarodowym zjeździe otologów w Bordeaux; autor ten rzucił myśl stworzenia dla każdego języka tablic, zawierających wyrazy podzielone na 3 grupy według ich wysokości akustycznej, z uprzednio ściśle określoną maksymalną odległością słuchową dla ucha zdrowego, Quix podzielił alfabet na 3 grupy; do 1-ej zaliczył głoski niskie pod względem akustycznym, których „górne tony dominujące" odpowiadają w skali muzycznej odcinkowi od *„do"* dużej oktawy (D) — do *„re"* dwa razy kreślonego (re^2), t. i. od 64 do 570 drgań na sekundę („zona gravis"); do II-iej odniósł głoski o górnych tonach dominujących wysokości od re^2 do sol^4, t. j. od 576 do 3072 drgań na sekundę („zona acuta"). Niektóre z głosek mowy ludzkiej charakteryzują się kilkoma „górnymi tonami dominującymi", należycymi częściowo do „zona gravis", częściowo do „zona acuta", głoski te Quix wyodrębnił w trzecią grupę („zona mixta").

Na percepcję słuchową poszczególnych głosek wpływa poza wysokością akustyczną każdej z nich jeszcze jedna właściwość tak zwana *donośność* mierzona największą odległością, z której ucho zdrowe odróżnia głoskę w chwili wymawiania jej zwykłą mową konwersacyjną.

Ze względu na donośność można wszystkie głoski podzielić na 3 grupy; do I-ej należą głoski najmniej donośne; do II-ej słyszalne ze średniej odległości; do grupy III-iej zalicza się głoski o największej donośności. Klasyfikacja głosek podług do-

nośności w porównaniu z podziałem na grupy akustyczne według Quix,a wykazuje, że głoski najmniej donośne (grupa I) są identyczne z głoskami „zonae gravis“; głoski „zonae acutae“ identyfikują się częściowo z głoskami II-iej, częściowo III-iej grupy; wreszcie głoski „zonae mixtae“ należą do grupy drugiej. Quix żądał, by poszczególne *„wyrazy próbne“* służące do jakościowego badania słuchu, składały się z głosek, należących ze względu na wysokość do jednego odcinka skali muzycznej („isozonal“) a jednocześnie posiadały jednakową donośność („aequiintensiv“). Rozporządzając wyrazami odpowiadającemi powyższym warunkom można badać ostrość słuchu, jego upośledzenie i stopień tegoż na tony jednego z trzech odcinków skali muzycznej, nie uciekając się do trudniejszych badań za pomocą przyrządów.

Ażeby uniknąć błędów, wynikających z głośniejszego wymawiania akcentowanych zgłosek w wyrazach wielosylabowych, a co za tem często idzie odgadywania przez badanego reszty sylab, wyrazy próbne według Quix'a a także zdaniem Rousselot winny być jednosylabowe. Przy wyborze „słów próbnych“ należy unikać wyrazów trudnych, mało ogólnie znanych i mało zrozumiałych, w przeciwnym bowiem razie badane dzieci oraz osoby mniej umysłowo rozwinięte, słysząc nawet wyraz próbny, nie powtórzą go lub powtórzą błędnie dlatego, że go nie zrozumiały.

Jakościowe badanie słuchu za pomocą zróżniczkowanych pod względem akustycznym „wyrazów próbnych“ zapoczątkował Oscar Wolf, którego tablice słów próbnych dla języka niemieckiego nie znalazły jednak zastosowania jako nie odpowiadające wyłuszczonym powyżej zasadom. Poważną wadą sposobu badania O. Wolfa było również stosowanie przez niego mowy konwersacyjnej, którą zastąpiono w badaniach Quix'a i następnych szeptem ze względów następujących. Siła głosu, zależna od ilości powietrza przechodzącego w jednostkę czasu przez szparę głosową oraz od jego ciśnienia, nie może być przy mowie konwersacyjnej regulowana; zalecone w celu regulowania siły głosu różne przyrządy utrudniają i komplikują badanie; natomiast przy badaniu szeptem możemy regulować ilość używanego powietrza, korzystając, jak to polecił Bezold z t. zw. powietrza zapasowego płuc („Reserveluft“), którego objętość, jak wiadomo z fizjologji, równa się stale około

500 cm^3; ciśnienie powietrza da się tylko do pewnego stopnia regulować przez równomiernie szybkie wymawianie. Badanie szeptem ma poza tem tę zaletę praktyczną, że nie wymaga zbyt dużych pomieszczeń, co ma miejsce przy stosowaniu w badaniach mowy konwersacyjnej.

Spisy „wyrazów próbnych“, wybranych według wyłuszczonych zasad, które nazwalibyśmy *tablicami akumetrycznemi*, zostały ułożone przez Quix'a i Zwaardemaker'a dla języka holenderskiego, w języku niemieckim podał je Reuter; francuskie ogłosił Delseau; włoskie — Nieddu Temidei; japońskie — J. Kikuchni; dla języka rosyjskiego ułożył je Wojaczek. Otologja polska dotychczas tablic akumetrycznych nie posiada.

Przystępując z inicjatywy Dyrektora kliniki prof. Erbricha do układania tablic akumetrycznych polskich, napotkaliśmy na znaczne trudności, wynikające stąd, że głoski polskie, o ile nam wiadomo, nie zostały dotychczas pod względem akustycznym zanalizowane i określone, jak to uczyniono dla języka holenderskiego, niemieckiego i innych.

Podobne trudności napotkał Wojaczek przy układaniu tablic akumetrycnych rosyjskich; autor ten korzystał z analizy głosek niemieckich i tworzył swe „wyrazy próbne“, wzorując się na badaniach niemieckich. Wysokość akustyczna poszczególnych głosek w różnych językach a nawet gwarach jest niejednakowa w zależności od odmiennej ich wymowy; dlatego też oparcie się na wynikach analizy akustycznej głosek jednego języka przy tworzeniu tablic akumetrycznych dla języką innego powoduje pewne niedokładności, które jednakowoż, jak słusznie przypuszcza Wojaczek, nie wpływają zasadniczo na wyniki badań słuchu, dokonywanych przy pomocy tablic w ten sposób ułożonych. Przekonały nas o tem własne badania, przeprowadzone za pomocą „wyrazów próbnych“ ułożonych według zasad Quix'a („aequiintensiv“ i „isozonal“) na podstawie analizy akustycznej głosek niemieckich i francuskich z uwzględnieniem badań fonetycznych głosek języka polskiego.

Zgodnie z wywodami Quix'a podzieliliśmy głoski polskie na 3 grupy: (patrz tabl. № 3).

		Samogłoski	Spólgłoski
Grupa I	głoski, których tony dominujące odpowiadają „zonae gravis“	u, o (ó)	ch, m, n, p, r
Grupa II	głoski, których tony dominujące odpowiadają „zonae mixtae“	y	b, f, k, t
Grupa III	głoski, których tony dominujące odpowiadają „zonae acutae“	e, i, a	c, ć, cz, s, ś, sz, ż, z, ź, (rz)

Tablica № 3.

Poniżej podajemy w krótkości glówne cechy akustyczne i fonetyczne głosek polskich.

A—podług Tytusa Benni jest to najbardziej donośna głoska polska; zgodnie z Reuter'em, Wojaczkiem i Quix'em umieściliśmy tę głoskę w grupie pierwszej.

Ą—głoskę tę można podług Benni w przybliżeniu porównać z francuską dwugłoską nosową „on“, która według badacza francuskiego Loewenberga odpowiada sol³ (768 drgań na

sek.). Zdaniem Benni samogłoska ta posiada w języku polskim bardzo zmienne brzmienie, wobec czego nie używaliśmy jej zupełnie przy układaniu wyrazów próbnych.

B—pod względem akustycznym głoska niska, donośność (Benni zaś dość znaczna; wobec tego odnosimy głoskę tę do grupy drugiej.

C, ć—akustycznie nie zbadane, pod względem fonetycznym są to głoski zębowe i zwarto—szczelinowe, co je kwalifikuje do umieszczenia w grupie trzeciej; badania własne potwierdziły ten pogląd.

Cz — według prof. A. Kryńskiego brzmienie spółgłoskowe złożone — t + sz z znaczną przewagą „sz", co kwalifikuje (patrz niżej) do umieszczenin w grupie trzeciej.

D — głoski tej przy układaniu tablic akumetrycznych nie używamy, gdyż jest podobna do „t" i myli badanych. Wobec tego opuszczamy również spółgłoski podwójne *dz, dż, dź*, gdyż w skład ich wchodzi częściowo głoska „d", której w wyrazach próbnych nie używaliśmy.

E — Tytus Benni identyfikuje głoskę tę z niemiecką „e" w słowie „wenn" i francuską w „fait„; grupa III.

Nosową samogłoskę „*ę*" można według Benniego porównać w przybliżeniu z francuską dwugłoską nosową *in* w słowie „vin", która podług Loewenberga odpowiada *sol*[5] (3008 drgań na sekundę); wobec bardzo zmiennego brzmienia tej samogłoski nosowej (T. Benni) nie używaliśmy jej zupełnie.

F — pod względem akustycznym odpowiada najniższemu odcinkowi zonae acutae; donośność jej (Benni) jest bardzo nieznaczna, co usprawiepliwia umieszczenie tej głoski — w ślad za Reuter'em i Wojaczkiem w grupie II.

G — podobna jest do głoski K, myli badanych, wobec czego głoski tej w wyrazach próbnych nie używaliśmy.

H — głoska ta nie została dotychczas zbadana ani akustycznie ani fonetycznie; rzadko jest spotykana w wyrazach polskich; dlatego też nie używaliśmy jej przy układaniu wyrazów próbnych.

Ch — głoska akustycznie niska; donośność (T. Benni) — bardzo mała; grupa I.

I — Tytus Benni identyfikuje tę samogłoskę z odpowie-

dnią samogłoską niemiecką w słowie „ihn“ i francuską — w słowie „fini“; pod względem akustycznym głoska ta jest wysoka, donośność jej — znaczna, w ślad za Quix'em odnosimy samogłoskę „i„ do grupy III.

J — pierwotnego zamiaru naszego umieszczenia — wraz z Quix'em — głoski „j“ do grupy III-ej zaniechaliśmy, gdyż, jak to własne badania wykazały, polska głoska „j“ jest znacznie gorzej słyszalna, niż inne głoski tej grupy.

K — pod względem akustycznym odpowiada najniższemu odcinkowi zonae acutae; fonetycznie (Benni)—najmniej donośna, wobec czego zaliczamy do grupy drugiej.

L — podług Bezolda głoska ta jest akustycznie niska; według Hermanna — wysoka; donośność jej (Benni) jest znaczna, powyższe sprzeczności zmusiły nas do opuszczenia jej.

M, n, ń — jako spółgłoski nosowe umieszczamy wraz z Reuter'em i Wojaczkiem do grupy I. Zgodnie jest to również z wynikami badań Helmholtza, Bezolda i Wolfa, stoi jedynie w sprzeczności z badaniami Hermanna, który głoski te określa jako wysokie.

O — podług Tytusa Benni może być do pewnego stopnia identyfikowana z krótkiem niemieckiem „o“ w słowie „Stock“; w skali tonów (p. tabliczkę) zajmuje najniższy odcinek zonae gravis wobec czego zaliczamy samogłoskę „o“ do grupy I-ej.

P — akustycznie niska, donośność (Benni) — bardzo nieznaczna; należy do grupy pierwszej.

R — jest pod względem akustycznym najniższą głoską grupa I.

S, ś — donośna i akustycznie wysoka głoska; grupa III.

Sz — akustycznie bardzo wysoka, donośność (Benni) — znaczna, umieszczona w grupie trzeciej.

T—najniższy odcinek zonae acutae pod względem akustycznym, donośność zaś (Benni) — bardzo słaba; dlatego też wraz z Reuterem i Wojaczkiem zaliczyliśmy głoskę „t“ do grupy II.

U, (ó) — podług Tytusa Benni identyfikować można do pewnego stopnia z krótkiem niemieckiem „u“ w słowie „Hund“ W skali tonów zajmuje obok samogłoski „o“ najniższy odcinek; stąd też zaliczono głoskę u (ó) do grupy I-ej.

W — jako głoska niedostatecznie przez autorów zbadana została przez nas opuszczona przy układaniu wyrazów próbnych.

Y — pod względem fonetycznym zajmuje według Benni miejsce pomiędzy „U“ i „i“ (pozycja języka dla głoski „u“ połączona z położeniem warg dla głoski „i“); dlatego też wraz z Wojaczkiem zaliczyliśmy głoskę „y“ do grupy II-ej.

Z, ź, ż (rz) — spółgłoski szczelinowe, donośność ich (Benni) — bardzo znaczna wraz z Wojaczkiem zaliczamy te głoski do grupy III-ej.

* * *

Podzieliwszy w ten sposób głoski polskie na trzy grupy stosownie do ich wysokości akustycznej oraz donośności, wybieraliśmy wyrazy próbne, trzymając się ściśle zasad Quix'a; wszystkie wyrazy próbne są jednosylabowe, składają się z głosek, należących wyłącznie do jednej grupy („aequiintensiv“ i „isozonal). Przy wyborze słów unikaliśmy wyrazów trudnych mało ogólnie używanych — ze względów już wyżej wyłuszczonych. W ten sposób tablice nasze są wolne od zarzutów, które możnaby uczynić tablicom niemieckim i rosyjskim. Tak, np. Reuter używa kilku wyrazów bez treści, kilka zaś wyrazów stanowi poszczególne, a nawet nie całkowite sylaby wyrazów wielosybabowych („Tück“ zamiast „Tücke“ i inne). Wyrazy próbne Wojaczka nie są ściśle jednorodne pod względem wysokości akustycznej wchodzących w ich skład głosek; inne zaś są niezrozumiałemi neologizmami w rodzaju „ fiot “ (?), „tjok“. (?) etc.

W myśl dotychczas wyłuszczonych zasad proponujemy następujące tablice akumetryczne (p. tabl. 4), które mogą być przez każdego badacza dopełnione w poszczególnych grupach wyrazami podobnemi w składzie do podanych.

Badanie przeprowadza się w sposób następujący; badany winien siedzieć tak, by nie widział twarzy badającego, w przeciwnym bowiem razie może odczytać wymawiane wyrazy z warg; ucho badane jest skierowane w stronę badającego, drugie zaś na czas badania winno być wyłączone za pomocą szybkiego rytmicznego ucisku skrawka małżowiny (Tragus); wyłączenie nie podlegającego badaniu ucha za pomocą ter-

Tablica akumetryczna I.		
Wyrazy składające się z głosek grupy pierwszej		
Największa odległość słuchowa dla szeptu = 5 metr.		
Mur	Ruch	Rum
Chór	Puch	No
On	Roch	Och

Tablica akumetryczna II.			
Wyrazy składające się z głosek grupy drugiej.			
Największa odległość słuchowa dla szeptu = 10 metr.			
Byk	Byt	Ty	By

Tablica akumetryczna III.		
Wyrazy składające się z głosek grupy trzeciej		
Największa odległość słuchowa dla szeptu = 20 metr.		
Zaś	Rzecz	Ssać
Sas	Ciecz	Sieć
Czas	Rzeź	Zez
As	Sześć	Iść

Tabl. № 4.

kotki Barany'ego uważamy za niecelowe, gdyż w przeprowadzonych przez nas badaniach doszliśmy do przekonania—wbrew poglądom Kompanejtza (Mnschr f. Ohrnhlk. r. 1923 zesz. VIII) — że terkotka Barany'ego znacznie obniża zdolność słuchową ucha badanego. Rozpoczynamy badanie z największej odległości słuchowej, zbliżając się stopniowo do chorego. Za odległość, odpowiadającą zdolności słuchowej badanego, przyjmujemy tę z której badany powtórzy wyraz próbny bez namysłu i bez błędu.

Badamy — po wydechu — za pomocą powietrza zapasowego płuc („Reserveluft"), starając się wymawiać wszystkie wyrazy z równomierną szybkością. Wyniki badania przedstawić można w postaci ułamka, którego licznik stanowi wyrażoną w metrach odległość, z której ucho badane jeszcze słyszy wyraz próbny, a mianownik w ten sam sposób wyrażoną największą odległość słuchową na wyrazy próbne danej tablicy akumetrycznej dla ucha zdrowego. Wynik badania uwidacznia się z otrzymanych w ten sposób trzech ułamków, których porównanie daje dokładny obraz pola słuchowego. Upośledzenie zdolności percepcyjnej na wyrazy tablicy akumetrycznej pierwszej dowodzi zaburzenia słuchu na tony niskie (głuchota basowa); natomiast różnica między licznikiem i mianownikiem ułamka, określającego zdolność słuchową na wyrazy próbne tablicy akumetrycznej trzeciej jest miarą upośledzenia słuchu na tony wysokie (głuchota dyskantowa).

Normalnie stosunek największych odległości słuchowych wszystkich tablic akumetrycznych (p. tablice akumetryczne) wyraża się w postaci 5 : 10 : 20 czyli 1 : 2 : 4. Jeżeli otrzymane ułamki stoją do siebie w stosunku tym samym, to upośledzenie słuchu jest równomierne dla wszystkich tonów; natomiast szybsze narastanie tego stosunku geometrycznego dowodzi istnienia głuchoty basowej, wolniejsze — wskazuje na głuchotę dyskantową.

WŁÓKNIAKO-MIĘŚNIAKI PRZEŁYKU.

Podała Dr. ANNA SIEDLECKA.
Prosektor Szpitala Św. Ducha w Warszawie.

Włókniako-mięśniaki są jednemi z najpospolitszych nowotworów dobrotliwych, jakie spotykamy w ustroju ludzkim.

W niektórych narządach umiejscawiają się one bardzo często np. w macicy (według Iszunina u $^1/_5$ kobiet powyżej lat 35), w innych, jak w żołądku i jelitach — znacznie rzadziej (w jelitach częściej, niż w żołądku); w przełyku spotykamy je tylko wyjątkowo.

Wogóle w przełyku nowotwory dobrotliwe, w przeciwieństwie do złośliwych, zwłaszcza raków, spostrzegamy niezmiernie rzadko.

Z nowotworów dobrotliwych w przełyku spotykamy torbiele, wysłane nabłonkiem rzęskowym, polipy śluzowe (fibroepitheliomata), gruczolaki, tłuszczaki, włókniaki, nowotwory mieszane, czerniaki, śródbłoniaki z naczyń chłonnych lub krwionośnych, oraz włókniako-mięśniaki z mięśni gładkich. Niektóre z wyżej wspomnianych nowotworów są unikatami, np. czerniaków opisano 2 przypadki, śródbłoniaków — 2.

Co się tyczy włókniako-mięśniaków przełyku to w najobszerniejszym podręczniku anatomji patologicznej Henkego i Lubarscha—Walther Fischer podaje, że do roku 1926 ogłoszono nie więcej niż 20 przypadków.

Z piśmiennictwa udało mi się zebrać 31 zupełnie pewnych przypadków włókniako-mięśniaków przełyku. Należy sądzić jednak, że guzów tych opisano znacznie mniej, niż spostrzegano. Przemawia za tem fakt następujący: Lubarsch ogłosił w roku 1901 przypadek włókniako-mięśniaka przełyku; od tego czasu w przeciągu dwudziestu paru lat widział on oko-

ło 20 podobnych przypadków, z których jednak żadnego nie ogłosił drukiem (wg. W. Fischera).

Pomijając sprawę mniejszej lub wiekszej rzadkości tych guzów, zaznaczę jednak raz jeszcze, że są to przypadki niepowszednie. Jako przykład może posłużyć fakt, że na przeszło 2000 sekcyj własnych jeden tylko raz znalazłam włókniako-mięśniak w przełyku.

Ponieważ prace, omawiające poruszaną przezemnie sprawę, są nieliczne i rozproszone, opisując mój przypadek podaję krótkie ich streszczenia. W piśmiennictwie polskiem o nowotworach dobrotliwych przełyku znajdujemy jedynie pracę Glińskiego (przypadek szypułkowego nowotworu mieszanego).

Dotychczas opisane przypadki.

1. Virchow opisuje preparat muzealny włókniako-mięśniaka przełyku: guzek okrągły, o średnicy 5 linij, zrośnięty z mięśniówką, był umiejscowiony w błonie podśluzowej dolnej części przełyku, nad wpustem.

2. Coats. Mężcz. l. 61. Mięśniak przełyku na szypule, przytwierdzonej do ściany tylnej w odległości 8 cm. od głośni, wielkości 12,0×8,0 ×5,4 cm., powodował tak znaczne zwężenie przełyku, że chory zmarł z wyniszczenia.

3. Tonoli. Mężcz. l. 70. Włókniako-mięśniak, wielkości orzecha laskowego, szypułkowy, był umieszczony w górnej $^1/_3$ środkowej części przełyku. Klinicznie spostrzegano bóle i utrudnienie w połykaniu, oraz zatrzymywanie się pokarmów w przełyku.

4. Eberth. Kob. l. 50. Mięśniak przełyku, wielkości 9,1×11,9 ×3,5 cm., umiejscowiony w dolnej części, w pobliżu wpustu, opasywał w postaci podkowy przełyk, tak, że wolną była tylko ściana przednia. Klinicznie żadnych objawów nie dawał.

5. Fagge. Mężcz. l. 33. Włókniako-mięśniak przełyku wielkości 5,0×5,5 cm. był umiejscowiony pod śluzówką, poniżej miejsca, odpowiadającego rozwidleniu tchawicy. Pomimo znacznego uwypuklania się do światła przełyku, objawów klinicznych nie dawał.

6. Meyer J. Kob. l. 78. Włókniako-mięśniak, wielkości jaja gęsiego, był umiejscowiony w górnej środkowej $^1/_3$ części przełyku po stronie lewej. Ponad guzem znajdowało się uchyłkowate rozszerzenie, zawierające szczątki pokarmu. Autor odnotowuje częściowy ucisk przez nowotwór krtani, tchawicy, naczyń górnego otworu klatki piersiowej. Guz był otorbiony, znajdował się w środku mięśniówki.

7. Illig. Włókniako-mięśniak, wielkości jaja kurzego, był umiejscowiony na tylnej ścianie przełyku, na wysokości rozwidlenia tchawicy. Wychodził on z warstwy zewnętrznej błony mięsnej. Żadnych objawów klinicznych nie dawał.

8. Pichler. 12 guzów, wielkości orzechów laskowych, oraz mniejszych, tworzyło pierścień w środkowej części przełyku, 2 zaś — znajdowały się około wpustu. Wszystkie one były związane z mięśniówką. Mikroskopowo w niektórych guzach, oprócz utkania charakterystycznego dla leiomyoma, autor znalazł mięśnie poprzecznie prążkowane i komórki zwojowe. Objawów klinicznych nie było.

9. Maucher. Włókniako-mięśniak, wielkości 3,0×1,5×2,0 cm., znajdował się na przedniej ścianie przełyku pod śluzówką, pomiędzy miejscem, odpowiadającem rozwidleniu tchawicy, a wpustem. Brak objawów klinicznych.

10. Maucher. Włókniako-mięśniak, o wymiarach 2,0×5,0 cm., leżał w przedniej ścianie przełyku, pokryty śluzówką niezmienioną.

11. Reher. Kob. l. 43. Włókniako-mięśniak, wielkości orzecha laskowego, w dolnej części przełyku, szerzący się w podśluzówce, otaczał w postaci pierścienia przełyk. Objawów klinicznych brakło.

12. Frank. Mężcz. l. 46. Włókniako-mięśniak, wielkości śliwki, był umiejscowiony pod śluzówką, na przedniej ścianie przełyku, w miejscu, odpowiadającem rozwidleniu tchawicy. Był on przedzielony bróżdą podłużną na 2 płaty. Nie dawał objawów za życia.

13. Frank. Mężcz. l. 60. 2 włókniako-mięśniaki: jeden—wielkości wiśni, był umiejscowiony na przedniej ścianie przełyku, na wysokości rozwidlenia tchawicy, drugi—nieco mniejszy—leżał o 4 cm. wyżej. Objawów klinicznych nie dawały.

14. Anitschkow. Mężcz. l. 26. Włókniako-mięśniak, wielkości orzecha laskowego, był umiejscowiony w podśluzówce dolnej części przełyku, w miejscu przejścia jego w żołądek. Bez objawów klinicznych.

15 Anitschkow. Włókniako-mięśniak, wielkości jaja kurzego, otaczał podkowiasto przednią i boczne ściany części wpustowej przełyku, zwężając znacznie światło. Guz wychodził z mięśniówki zewnętrznej.

16. Anitschkow. Mężcz. l. 40. Włókniako-mięśniak w podśluzówce, wielkości ziarna fasoli, otaczał pierścieniowato przednią i boczne ściany przełyku, na wysokości rozwidlenia tchawicy. Dawał on objawy zwężenia przełyku znacznego stopnia. Rozpoznawano rak.

17. Bauer. Mężcz. l. 41. Włókniako-mięśniak, wielkości śliwki, był umiejscowiony na tylnej ścianie przełyku, w górnej $^1/_3$ części. Bez objawów klinicznych.

18. Bauer. Mężcz. l. 38. Włókniako-mięśniak, wielkości ziarna soczewicy, znajdował się pod śluzówką, w tylnej ścianie części dolnej przełyku.

19. Orth. Mężcz. l. 27. Mięśniak otaczał pierścieniowato dolną część przełyku nad wpustem. Objawów za życia nie dawał.

20. Tschlenow. Kob. l. 20. Na sekcji znaleziono dużą ilość gózów w przełyku, z których 9, odosobnionych, znajdowało się na tylnej i lewej ścianie środkowej części przełyku; pozostałe zlewały się ze sobą

powyżej wpustu. Przełyk, bardzo długi (41 cm.), workowato rozszerzony powyżej i poniżej guzów, do 14 cm. obwodu, wykazywał miejscami bardzo znaczny przerost mięśniówki (3—12 mm. grubości). Chora uskarżała się jedynie na bóle w żołądku po jedzeniu. Nigdy wymiotów, odbijan nie miała.

21. Tschlenow. Mężcz. l. 25. 2 okrągłe włókniako-mięśniaki w przełyku znajdowały się tuż pod miejscem, odpowiadającem rozwidleniu tchawicy; jeden o wymiarach 1,5×1,1 cm., drugi—2,5×1,5×1,0 cm.— połączone ze sobą mostkiem z tkanki nowotworowej. Znajdowały się one pomiędzy śluzówką a mięśniówką i w jednem tylko miejscu stwierdzono pasma mięśniówki okrężnej, wchodzące do guza.

22. Tschlenow. Kob. l. 71. Włókniako-mięśniak przełyku, tuż nad wpustem, o budowie zrazikowej, wymiarach 3,0×4,0×1.5 cm, znajdował się w warstwie mięśni okrężnych. Objawów klinicznych nie dawał.

23. Tschlenow. Kob. l. 62. W górnej części przełyku, pomiędzy nabłonkiem, a mięśniówką śluzówki, znajdował się mały guzek o wymiarach 3,0×2,0 mm., ściśle odgraniczony od otoczenia. Brak objawów klinicznych.

24. Simmonds. Mężcz. l. 39. Ogromny, grubości przedramienia, guz przełyku był przytwierdzony za pomocą szypuły na wysokości krtani. Badanie mikroskopowe stwierdziło włókniako-mięśniak. Objawy kliniczne: bóle podczas połykania, objawy zwężenie, wymioty, krwawienia.

25. Milowanowic. Kob. l. 76. Guz, wielkości orzecha, był umiejscowiony w podśluzówce przedniej ściany przełyku, na wysokości rozwidlenia tchawicy. Objawów klinicznych nie dawał.

26. Milowanowić. Mężcz. l. 25. Włókniako-mięśniak, wielkości jaja gęsiego, znajdował się na przedniej ścianie przełyku, nad wpustem; w środku jego widać było uchyłek. Mikroskopowo stwierdzono połączenie z warstwą zewnętrzną mięśniówki.

27. Milowanowić. Mężcz. l. 68. Dwa włókniako-mięśniaki, wielkości orzechów laskowych, były umiejscowione na ścianie prawej i tylnej przełyku, powyżej wpustu. Wychodziły one z warstwy mięśni okrężnych. Brak objawów klinicznych.

28. Milowanowić. Mężcz. l. 63. Dwa włókniako-mięśniaki przełyku tuż nad w pustem: jeden—wielkości ziarna fasoli, drugi—grochu— były wychodziły z podłużnej warstwy mięśniówki. W żołądku, tuż przy wpuście, znajdował się również mały włókniako-mięśniak. Bez objawów klinicznych.

29. Milowanowić. Mężcz. l. 42. Włókniako-mięśniak, wielkości jaja kurzego, znacznie uwypuklający się do światła przełyku, przedzielony długą brózdą na 2 części, zajmował $^2/_3$ obwodu. Mikroskopowo stwierdzono przejście zewnętrznej warstwy błony mięsnej w tkankę guza.

30. Reith opisał włókniako-mięśniak przełyku na cienkiej szypule, w kształcie polipa.

31. Lubarsch, opisał w roku 1901 przypadek włókniako-mięśniaka przełyku.

32. Opis własnego przypadku.

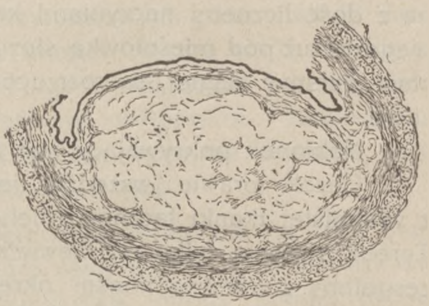
Mężcz. l. 42. Rozpoznanie kliniczne: Tuberculosis pulmonum et intestinorum. Pyopneumothorax sinister. Wskazówek na schorzenie przełyku nie stwierdzono.

Sekcja (L. porz. prot. sekc. 158, r. 1925.) potwierdziła to rozpoznanie. Pozatem znalazłam owrzodzenia gruźlicze w krtani i gruźlicę serowatą gruczołów limfatycznych śródpiersia przedniego i tylnego.

Przekrawając przełyk, stwierdziłam na wysokości rozwidlenia tchawicy opór i zwężenie, przez które z trudem można było przesunąć ramię nożyczek. Zwężenie to zależało od uwypuklających się do światła 2 guzów. Jeden z nich, wielkości orzecha laskowego, o wymiarach 2,0×1,4×1,2 cm., znajdował się na przedniej ścianie przełyku, nieco wlewo od linji środkowej, na wysokości rozwidlenia tchawicy. Drugi, trochę mniejszy, leżał cokolwiek niżej i na lewo.



*Rys. 1.
Wielkość naturalna. Przełyk przecięty od tyłu: widoczne dwa guzy.



Rys. 2.
Powiększenie 3 : 2. Przekrój poprzeczny przez środek mniejszego (dolnego) guza: uwidacznia się stosunek jego do do warstw ściany przełyku.

* Rysunki wykonał dr. med. J. Kochanowski, za co składam Mu szczere podziękowanie.

Śluzówka, naogół lekko podłużnie pofałdowana, na guzkach była wygładzona, jakby napięta, jednakże zupełnie przesuwalna. Mięśniówka, równomiernie zgrubiała w środkowej części przełyku, posiadała w tem miejscu około 0,3 cm. szerokości.

Guz było bardzo trudno przekroić z powodu znacznej jego spoistości. Na przekroju poprzecznym widzimy, że guz znajdował się pomiędzy śluzówką a mięśniówką, wszędzie od nich ostro odgraniczony, otoczony cienką ale wyraźną torebką. Posiadał on utkanie pasmowate; pasma krzyżowały się w rozmaitych kierunkach; w środku zwracały uwagę ogniska zwapniałe, o ostrych zygzakowatych zarysach.

Przełyk łatwo można było odpreparować od tchawicy i od serowatych gruczołów, leżących poniżej rozwidlenia tchawicy, dochodzących do wielkości dużego ziarna fasoli.

BADANIE MIKROSKOPOWE. Tkanka guzka bezpośrednio przylega do okrężnej warstwy błony mięsnej przełyku; pomiędzy nią a mięśniowką śluzówki znajduje się luźna tkanka łączna z dość licznemi naczyniami krwionośnemi i nerwami; gdzie niegdzie tuż pod mięśniówką śluzówki, przedstawiajacą się w postaci warstwy ciągłej, są rozrzucone odosobnione gruczoły śluzowe.

Nabłonek pokrywający jest zupełnie prawidłowy.

Guzek prawie wszędzie jest otoczony cienką torebką z włóknistej tkanki łącznej z nielicznemi włóknami sprężystemi. Torebki braknie tylko na niewielkim odcinku, gdzie guzek jest zespolony z warstwą mięśni okrężnych; w miejscu tem widać przechodzenie poszczególnych pasm mięśni w tkankę guza.

Bezpośrednio pod torebką znajdujemy przebiegające równoleglę do siebie włókna sprężyste, miejscami w postaci wąskiego pasa, miejscami—szerokiego, dającego odnogi, wnikające głęboko w guz.

Guz składa się mniej więcej z równej ilości tkanki łącznej i mięśni gładkich. W niektórych miejscach znajdujemy większą ilość tylko tkanki łącznej, w innych natomiast—włókna mięsne przeplatają się z włóknami łącznotkankowemi.

Barwienie metodą v. G i e s o n a nie uwidacznia drobnych włókienek, oplatających pojedyncze włókna mięsne. Zaznaczają się one dopiero przy barwieniu metodą M a l l o r y' e g o, widzimy, że najdrobniejsze włókna mięsne są oplecione delikatnemi cieniutkiemi włókienkami klejodajnemi. W pasmach tkan-

ki łącznej przebiegają miejscami bardzo liczne, miejscami zaś— pojedyńcze, włókna sprężyste.

Naczyń krwionośnych spotykamy bardzo niewiele: posiadają one światło wąskie, ściany cienkie; w tętnicach widać wyraźną błonę sprężystą wewnętrzną.

Nigdzie dookoła naczyń nie widzimy większego skupienia włókien sprężystych.

W środku guza znajduje się parę ognisk o utkaniu zupełnie odmiennem; składają się one z całego szeregu fantastycznie pozazębianych blaszek, tworzących gdzie niegdzie twory koliste, otaczające drobne grudki okrągławe, owalne lub wieloboczne. W tych miejscach, gdzie blaszki są odosobnione, przypominają one beleczki kostne; jednakże tylko w paru z nich dostrzegamy komórki. Blaszki po odwapnieniu (płyn Hauga) barwią się czerwono lub różowo—liljowo (hematoksyliną—eozyną). Metodą v. Giesona blaszki barwią się purpurowo i odcinają się bardzo wyraźnie od amarantowych pasm tkanki łącznej. Grudki, leżące w środku blaszek, barwią się tą metodą na żółto. Są to więc złogi soli wapnia wśród tkanki łącznej. Inne znaczenie mają beleczki z wyraźnemi komórkami. Jednolitą lub pasmowatą budową odcinają się one wyraźnie od obok leżących, grudkowatych, bezpostaciowych mas.

Tkanka łączna obok beleczek, zwykle nie na całej przestrzeni, a z jednej strony, zatraca swój wygląd zbity lub szklisty, staje się luźną, drobno włókienkową, młodą tkanką łączną, o dużej ilości soczystych fibroblastów, pojedyńczych limfocytów, leukocytów eozynochłonnych i komórek plazmatycznych. W omawianych beleczkach od strony młodej tkanki łącznej widzimy liczne prawidłowe zatokowate zagłębienia. Niemal w każdej takiej zatoce znajdujemy komórkę o pęcherzykowatem jądrze i niewyraźnych zarysach zarodzi. Zupełnie podobne obrazy widziałam w przypadkach heterotopowej tkanki kostnej w torebce wątroby, w móżdżku, w płucach i t. d., gdzie jednak znajdowałam również beleczki zupełnie prawidłowo zbudowanej tkanki kostnej, z przylegającemi wysepkami tkanki tłuszczowej (t. zw. szpik kostny). Opisane więc beleczki należy uważać za tkankę kostną. Srebrzenie skrawków metodą Bielschowsky'ego wykazuje dookoła beleczek kostnych i ognisk zwapniałych wielką ilość grubych włókienek srebrochłonnych, coby może od-

powiadało zwiększonej ilości włókienek tkanki łącznej w okresie, poprzedzającym skostnienie.

W skrawkach, barwionych metodą Bielschowsky'ego, widzimy w częściach łącznotkankowych guza znikomą ilość pojedyńczych włókienek srebrochłonnych, dzięki czemu miejsca te, nawet pod lupą, odcinają się swem żółtem zabarwieniem. Natomiast wśród pasm tkanki mięsnej znajduje się gęsta drobnooka sieć delikatnych włókienek srebrochłonnych. Przy porównaniu części mięsnej guza z mięśniówką przełyku spostrzegamy, że w tej ostatniej siatka srebrochłonna jest bardziej prawidłowa: włókienka są jednakowej grubości, oka—mniej więcej jednakowej wielkości. Opisana sieć srebrochłonna zupełnie przypomina włókna kratkowe we włókniako—mięśniakach przełyku, opisane przez Anitschkowa.

Mamy więc do czynienia z włókniako—mięśniakiem, wychodzącym z warstwy mięśni okrężnych przełyku. W środkowych jego częściach znajdujemy zwapnienia, a nawet wytwarzanie się tkanki kostnej, co dotychczas, o ile mi wiadomo, nie było spostrzegane.

Przechodzę teraz do zestawienia wszystkich (32) wymienionych przypadków.

PŁEĆ. Tschlenow, który zestawił 24 przypadki opisanych włókniako—mięśniaków przełyku, podaje, że na 16 przypadków, w których odnotowano płeć i wiek, 9 dotyczyło mężczyzn, 7 kobiet. W mojem zestawieniu na 24 przypadki: 17 mężczyzn i 7 kobiet.

(W 8 przypadkach brak odpowiednich danych).

Jeśli porównać te dane z odpowiedniemi liczbami statystyk raków przełyku, to widzimy, co następuje:

RAKI PRZEŁYKU. Statystyka zbiorowa wg. W. Fischera.				WŁÓKNIAKO—MIĘŚNIAKI PRZEŁYKU.			
Ilość przypadków raków przełyku.	Mężcz.	Kob.	Stosunek mężczyzn do kobiet.	Ilość przypadków.	Mężcz.	Kob.	Stosunek mężczyzn do kobiet.
940	771	169	4,6 : 1	24	17	7	2,4 : 1

Z powyższego wynika, że zarówno raki, jak włókniako — mięśniaki przełyku, spotykają się częściej u mężczyzn, niż u kobiet. Oczywiście, statystyka włókniako — mięśniaków, jako oparta na małych liczbach, ma znaczenie tylko porównawcze.

WIEK. Dane co do wieku (24 przypadki) przedstawiam w następującem zestawieniu:

WIEK	1-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80
Ilość przypadków	0	1	3	4	6	1	6	3

Przeważnie przypadki dotyczą wieku starszego (ponad lat 30), jak to widzimy i w rakach przełyku.

Najmłodszy chory miał lat 20, najstarszy—78.

UMIEJSCOWIENIE. Włókniako—mięśniaki umiejscawiają się prawie w jednakowej ilości przypadków w dolnej i środkowej $^1/_3$ części przełyku, rzadko—w górnej. Podobne stosunki widzimy w statystykach raków przełyku.

	Raki przełyku. Statystyka Krans—Ridera.	Raki przełyku. Statystyka Janusza.	Włókniako—mięśniaki przełyku.
Ilość ogólna	1748	45	29
Górna $^1/_3$ część przełyku	469	2	4
Środkowa „ „	519	24	13
Dolna „ „ „	760	19	14

Najczęściej włókniako-mięśniaki umiejscowiały się ną ścianie przedniej przełyku (w 10 przypadkach), nieco rzadziej—na tylnej (w 8 przypadkach); w 7 przypadkach guz, umiejscowiony koło wpustu, otaczał podkowiasto przełyk. W 7 przypadkach brak wskazówek co do umiejscowienia guza.

ILOŚĆ. Najczęściej, w 23 przypadkach, mamy do czynienia z jednym guzem, w 5 przypadkach znaleziono 2 guzy, w jednym — 11, w jednym — 14 guzów.

WIELKOŚĆ guzów jest bardzo różnorodna: wielkość ziarna soczewicy (Bauer), wiśni (Frank), jaja kurzego (Milowanowić), o wymiarach—12,0 × 8,0 × 4,0 cm. (Pichler).

KSZTAŁT jest najczęściej okrągławy, rzadko kulisty, niekiedy guz w kształcie podkowy opasuje światło, szczególniej

często zdarza się to w dolnej części przełyku. W 4 przypadkach — włókniako-mięśniaki były szypułkowe.

Powierzchnia guzów jest przeważnie gładka, niekiedy wyboista; czasami guzy składają się ze zrazików.

ZMIANY w PRZEŁYKU. W 4 przypadkach spostrzegano obecność uchyłków, w jednym równomiernie rozszerzenie światła i przerost mięśniówki (M e y e r), w jednym—przerost mięśniówki (przypadek własny).

WYGLĄD MAKROSKOPOWY jest bardzo charakterystyczny. Włókniako-mięśniaki są ściśle odgraniczone, przeważnie otoczone wyraźną torebką. Przekrój, bardzo zbity, posiada utkanie pasmowate, zabarwienie szarawe; niekiedy dostrzec można gołem okiem żółtawe ogniska martwicy i złogi soli wapnia.

Śluzówka, pokrywająca guzy, jest zawsze ruchoma.

MIKROSKOPOWO mamy do czynienia z przeplatającemi się pasmami tkanki łącznej i mięśni gładkich. W niektórych przypadkach przeważa tkanka łączna, w innych — mięsna, jeszcze w innych — ilość tych tkanek jest mniej więcej jednakowa. Ilość włókien sprężystych (swoiste barwienie jest uwzględnione tylko w nielicznych pracach) jest nieznaczna; przeważnie skupiają się one dookoła naczyń i znajdują się w związku z włóknami sprężystemi tych ostatnich (Tschlenow).

A n i t s c h k o w opisuje we włókniako-mięśniakach przełyku włókna kratkowe, które przebiegają falisto między włóknami mięsnemi, równolegle do nich, i są poprzecinane przez włókienka poprzeczne (prostopadłe do pęczków), tak, że wewnątrz pasm mięsnych wytwarza się sieć.

Guzy te są naogół bardzo słabo unaczynione; prawdopodobnie dlatego znajdujemy w nich ogniska martwicy i złogi soli wapniowych.

T s c h l e n o w opisuje w jednym ze swoich przypadków drobniutkie pyłkowe złogi soli wapnia w komórkach mięsnych, których jądra barwiły się zupełnie dobrze. A n i t s c h k o w spostrzegał skupienia limfocytów i pojedyncze komórki tuczne, głównie dookoła naczyń krwionośnych.

PUNKT WYJŚCIA. A n i t s c h k o w odróżnia włókniako-mięśniaki wewnętrzne i zewnętrzne; pierwsze — zespolone z warstwą mięśni okrężnych przełyku lub szypułkowe—wpuklają

się do światła. Drugie — wychodzą z warstwy mięśni podłużnych i rosną głównie na zewnątrz.

Co do punktu wyjścia tych guzów, to tkanką macierzystą włókniako-mięśniaków może być 1) mięśniówka przełyku: a) warstwa mięśni podłużnych, b) okrężnych; 2) mięśniówka śluzówki; 3) mięśniówka naczyń.

Nie uwzględniam tu poglądu B a u e r a, który uważa, że wywędrowujące z naczyń leukocyty mogą przekształcać się w komórki mięsne. Pomijam ten pogląd, jako oparty prawdopodobnie tylko na pomyłce i zbyt daleko odbiegający od panujących obecnie zopatrywań na swoistość tkanek.

OBJAWY KLINICZNE. Ogromną większość opisanych włókniako-mięśniaków przełyku znaleziono na sekcji przypadkowo, przyczem za życia nie spostrzegano żadnych objawów. Zastanawia zupełna niewspółmierność pomiędzy obrazem anatomo-patologicznym, a objawami przyżyciowemi. Np. w drugim przypadku M i l o w a n o w i ć a guz, wielkości jaja gęsiego, a w piątym przypadku tegoż autora guz, wielkości jaja kurzego — żadnych objawów nie dawały. Ciekawy również jest pierwszy przypadek T s c h l e n o w a, gdzie, pomimo bardzo znacznego rozszerzenia przełyku powyżej i poniżej skupienia guzów, oraz kolosalnego przerostu mięśniówki — objawów za życia nie było. W moim przypadku, pomimo zwężenia światła i przerostu mięśniówki, również objawów przyżyciowych brakło.

Zaledwie w 5 przypadkach odnotowano utrudnienie podczas połykania, bóle, objawy zwężenia przełyku, które w 2 przypadkach były nawet powodem śmierci. Objawy zwężenia dawały bądź guzy szypułkowe, bądź podkowiasto otaczające wpust.

W każdym razie, z powodu swej ogromnej rzadkości, włókniako-mięśniaki przełyku nie posiadają znaczenia klinicznego.

TEORJE POWSTAWANIA WŁÓKNIAKO - MIĘŚNIAKÓW PRZEŁYKU. Co do patogenezy włókniako-mięśniaków przełyku, poglądy są równie rozbieżne, jak i w stosunku do nowotworów innych narządów.

Najwięcej zwolenników ma teorja C o h n h e i m a o odszczepionych, względnie zabłąkanych, zawiązkach.

Zwłaszcza F r a n k zajmuje się teorją rozwojową, zwracając uwagę na częstość umiejscowienia włókniako-mięśniaków

na przedniej ścianie przełyku, na wysokości rozwidlenia tchawicy, w miejscu, gdzie zdarzają się uchyłki. Według tego autora zaburzenie rozwojowe może niekiedy nie doprowadzić do wytworzenia uchyłka, a jedynie do odszczepienia zawiązków tkanki łącznej i mięsnej, z których następnie mogą rozwinąć się nowotwory.

Jednakże prace Zenkera zachwiały teorję o rozwojowem pochodzeniu uchyłków przełyku, z drugiej zaś strony — włókniako-mięśniaki umiejscawiają się nietylko na wysokości rozwidlenia tchawicy, i nietylko na przedniej ścianie. Za teorją Cohnheima przemawiają te przypadki, w których we włókniako-mięśniakach znajdowano mięśnie poprzecznie prążkowane i komórki zwojowe (przypadek Pichlera), względnie przypadki mnogich guzów przełyku i jednocześnie nowotworów dobrotliwych w innych narządach, wreszcie — młody wiek niektórych osobników, dotkniętych tem schorzeniem (pierwszy przypadek Tschlenowa).

Inni uwzględniają, jako czynnik wywołujący, przewlekłe podrażnienie, zwłaszcza natury mechanicznej. Tschlenow zwraca uwagę, że ulubionem umiejscowieniem mięśniaków jest środkowa i dolna część przełyku, i że podobne stosunki znajdujemy w rakach.

W moim przypadku nie spostrzegłam nawet śladów sprawy zapalnej w ścianie przełyku; natomiast na wysokości guzów i tuż pod niemi znajdowały się bardzo znacznie powiększone gruczoły limfatyczne, które prawdopodobnie wywierały ucisk na ścianę przełyku.

Nie wdając się w rozważania natury ogólnej, należy zaznaczyć, że obie teorje są równie prawdopodobne, jak i niedowiedzione, a mój przypadek, jak i całe znane mi piśmiennictwo w sprawie włókniako-mięśniaków przełyku, nie pozwala na wyciąganie wniosków co do ich powstawania.

Piśmiennictwo.

1) ANITSCHKOW. Zur Lehre d. Fibromyome d. Verdaungskanals. Virch. Arch. 1911 r. T. 205, str. 443. 2) BAUER. Zur Kasuistik d. Oeso-

phagusmyome. Virch. Arch. 1916 r. T. 223, str. 34. 3) FOERSTER. Handb. d. path. Anat. 1863 r. T. II, str. 79. 4) FRANK. U. Oesophagusmyome. J. D. München 1911 r. (podaje piśmiennictwo) 5) FISCHER W. Speiseröhre. w Handb. d. spez path. Anatomie u. Histologie IV/I HENKE-LUBARSCH. 6) MILOWANOWIĆ. U. Leiomyome d. Oesophagus u. Kardia Wien. Klin. Wochenschr. 1914 r. str. 753. 7) POŻARYSKIJ. Osnowy pat. anatomji. III. 1923 r. 8) REITH. J. D. Leipzig 1909 r. cyt. wg. Anitschkowa. 9) SIMMONDS. Fibromyom d. Speiseröhre. Dtsch. med. Wochenschr. 1918 r. str. 648. 10) TSCHLENOW. U. d. Leiomyome d. Oesophagus. Virch. Arch. 1923 r. T. 242 str. 239 (podaje piśmiennictwo). 11) VIRCHOW. D. krankhaften Geschwülste T. III, str. 126. 12) JANUSZ. Częstość raka i śmiertelność z powodu niego w świetle statyst. Z. A. P. U. J. K. we Lwowie. Polska Gaz. Lek. № 7. 1925 r. str. 150.

Resumé des traveaux.

Prof. F. Erbrich: A propos du sclérome d'après le matériel de la Clinique Oto—rhino—laryngologique de l'Université de Varsovie.

1 Le sclérome est une affection chronique, acquise dans l'enfance.

2. La méthode infaillible qui décide le diagnostique du sclérome est l'épreuve de Bordet Gengou, avec l'antigène spécifique (bacille du sclérome) et le sérum des malades, qui a été appliquée pour la première fois par le Dr. Gaorge Brunner dans le laboratoire de l'hôpital de Saint-Esprit à Varsovie.

3. Une identique valeur diagnostique que la réaction Bordet—Gengou—Brunner possède la culture du sang pris de la muqueuse de la partie antérieure du conduit nasal. Dans tous les cas, sans exception, de sclérome le résultat de la culture est positif, même lorsque la muqueuse nasale, à l'endroit où le sang avait été pris, ne présentait point de changements, charactéristiques de sclerome.

4. Contrairement à l'opinion généralement jusqu'a présent admise, les changements spécifiques du sclérome existent toujours en même temps, bien que dans un degrès pas égal, dans tous les organes des voies respiratoires supérieures.

5. L'epreuve de la rapidité de descente des globules du sang aide parfois à diagnastiquer le sclérome.

6. La contagiosité du sclérome n'a pas été encore prouvée.

7. La pathogénie du sclérome est inconnue.

8. Ce n'est que la révélation de la pathogénie du sclérome qui menera à trouver la prophylaxie et les moyens de lutte contre cette affection.

Dr. H. Lewenfisz. Les corps ètrangers dans les voies respiratoires et l'oesophage.

D'aprés le matériel de la clinique, qui concerne plus de deux cent cas, l'auteur fait le diagnostic différentiel des corps etrangers des voies respiratoires et de l'oesophage.

Il envisage l'entrée et la présence des corps étrangers dans les voies raspiratoires et l'oesophage et décrit quelques-uns de ses cas avec plus de détails. Il s'arrête sur la question de tracheoscopie supérieure et inférieure chez les enfants et, en se basant sur son matériel propre, il constate que l'oedème sous glottique n'est pas provoqué par la trachéoscopie superieure, mais qu'il existe ordinairement dejà avant celle-ci, car il est provoqué par la présence prolongée du corps étrangers.

Ensuite l'auteur énumère les indications de broucho = et oesophagoscopie et démontre le danger qui a été cause dans toute une serie de cas ou les corps étrangers ont été enlevés par d'autres moyens.

Pour terminer il arrivè à la conclusion que la seule méthode efficace de retirer les corps étrangers des voies respiratoires et de l'oesophage c'est cella de broncho — et oesophagoscopie.

Dr. D. Zuberbier. Les cylindromes epithelials du nez.

Les tumeurs malignes du nez les plus repandues sont les sarcomes et les carcinomes.

Les adénomes, les endothéliomes, les périthéliomes et les cylindromes sont assez rares. L'auteur donne un résumé de sept cas de cylindrome du nez, trouvés dans la littérature des dermières années, (Pfeiffer, Bagger, Malan, Hautant, Beck, Brüggemann) et décrit deux cas observés dans la Clinique Oto—rhino—laryngologique de l'Université de Varsovie.

L'un d'eux à marche bénigne, l'autre cylindrome malin transformé en carcinome.

Ensuite l'auteur fait mention de l'histologie et du rang que les cylindromes occupent parmi les tumeurs.

D. L. Abramowicz. A propos de la question des fistules entre l'oesophage et les voies raspiratoires.

L'auteur décrit le mécanisme de formation des fistules

entre l'oesophage d'un coté et la trachée et les bronches de l'autre, et examina comme cause de leur origine:

1. les defauts de développement,
2. le cancer,
3. le traumatisme,
4. L'actinomycose,
5. L'ulcére de l'oesophage,
6. La tuberculose et
7. La syphilis.

A coté des cas trouvés dans la litterature, l'auteur présente 2 cas observés dans la Clinique de l'Université de Varsovie.

Dans l'un d'eux on a décéle dans l'image oesophago et trachéoscopique une fistule oesophago - trachénne, formée aprés destruction d'un carcinome de l'oesophage chez un homme de 60 ans.

Dans l'autre cas on a trouvé, á l'aide de oesophago et de bronchoscopie, chez une femme de 28 ans, entre l'oesophage et la broncho-gauche, une fistule qui s'était formé aprés désorganisation d'un syphilome. La réaction de Wassermann fortement positive (+ + +), le traitement spécifique á amené la guérison complète.

Ensuite l'auteur présente l'image clinique, le diagnostic differentiel, le pronostic et le traitement et conclut que dans les cas de fistule entre l'oesophage et les voies aériennes, ainsi que dans toutes les autres affections de ces organes internes, l'oesophago et la bronchoscopie sont les seules méthodes de la science actuelle qui rendent possible de faire un diagnostic précoce et exact, montrent la localisation precise des changements morbides et avec cela facilitent le traitement rationnel.

Dr. J. Godlewski. Statistique du sclérome d'aprés 73 cas observés á la Clinique Oto — rhino — laryngologique de l'Université de Varsovie depuis 1921 jusqu' au 1 mai 1927.

Dr. H. Lewenfisz. A propos d'un traitement des saignements de la cloison nasale.

Les saignements de la cloison du nez sont considérés, comme saignements qui se répètent le plus souvent dans l'organisme. C'est á la partie antero — inferieure de la cloison

(locus Kisselbachi) où le saignement se produit le plus facilement. Indépendamment de la cause du saignemen on fait presque toujours á coté du traitement général le traitement local. Le traitement le plus répandu du saignement de la cloison nasale est la cautérisation chimique ou au galvano — cautère. Cependant ce traitement est peu efficace. Le mauvais résultats, de cette cauterisation sont: formation de nombreuses cicatrices superficielles, destruction de l'épithélium cylindrique et vibratile et secrétion muqueuse insuffisante. A la suite du dessèchement de la muqueuse des croûtes fortement adhérentes se forment, qui arrachées par le malades causent des nouveaux saignements. D'un autre coté les cautérisations repétées provoquent des lésions des tissus profonds qui mènent souvent á la destruction de la cloison et á la formation de perforations. Plusieurs cas de saignements opiniâtres du nez, chez des individus dont la cloison est déviée et qui ont ete guéris aprés l'elimination sous muqueuse de cette cloison, me donnérent l'idée de traiter d'une façon analogue les saignements rebelles du nez chez des personnes á cloison normales. La seule difference en technique opératoire etait, que je n'enlevais pas la cloison, mais je me bornais á séparez la muqueuse du périchondre.

L'éfficacité de ce procédé consiste en formation d'un tissus conjonctif entre la muqucuse et le périchondre.

Dr. H. Lewenfisz. Bronchoscopie dans les cas d'asphyxie.

L'auteur décrit deux cas d'asphysie, causée par le retrécissement du larynx, dans lesquels, aprés trachéotomie et essais sans réussite de provoquer la respiration artificielle, on avait introduit le tracheoscope, afin d'irriter immediatement la muqueuse de la trachée et de bronches pour faire maître le reflexe respiratoire.

On parvint ainsi a sauvez les deux malades. Ce moyen d'agir nous permet d'admettre que l'efficacité de la respiration artificielle consiste moins en entrée de l'air dans les alvéoles pulmonaires, mais plutôt en apparition du reflexe provoqué par la colonne d'air qui irrite les terminaisons du nerf vague dans la trachée, les bronches et les alvéoles du poumon.

Dr. Dr. L. Abramowicz et S. Małowist. Les planches acoumètriques polonaises.

En se tasant sur l'analise acoustique et les particularites phonètiques des lettres polonaises, les auteurs ont ètabli des „planches acoumetriques" celon les pricipes de Quix, qui furent publieès à Bordeaux pendant le VII Congres International des otologues.

En se servant de„ termes exemplaires" de ces planches on peut à l'aide de la parole faire l'examen qualitatif et quantitatif de l'ouie.

Dr. A. Siedlecka. Die Fibromyome des Oesophagus.

Bei der Section des an Lungentuberkulose gestorbenen 42—jährigen Mannes wurden 2 Geschwülste an der vorderen Wand der Speiseröhre auf der Höhe der Bifurkation der Luftröhre gefunden. Diese Geschwülste befanden sich unter der Oesophagusschleimhaut und wölbten sich gegen das Licht hervor, dasselbe ein wenig verengend. Muscularis in dem mittleren Teil des Oesophagus zeigte Hypertrophie.

Die Geschwülste gaben keine klinische Erscheinungen.

Mikroskopische Befunde ergaben: Fibroleiomyom.

Die Gerschwulst war von bindegewebiger Kapsel umgeben und nur an einer Stelle mit Muscularis externa verbunden. In dem Bindegewebe verliefen häufige elastische Fasern, insbesondere in den Umfangsteilen. In den mittleren Teilen der Geschwulst befanden sich Verkalkungen und abgesonderte Knochengewebe—Bälkenchen.

Bei der Bielschowsky—Färbung waren in den Muskelteilen der Geschwulst reichliche Gitterfasern sichtbar, welche durch ihre unregelmässige Haltung sich ein wenig von den silbereisaugenden Fasern der Muskelschicht unterscheiden.

In der dem Verfasser zugänglichen Literatur sich 30 Fälle von Fibromyomen der Speiseröhre (in Abkürzungen mitgeteilt)

Die Zusammenstellung der bisher beschriebenen Fälle zeigt, dasz die Fibromyome, ebenso wie Krebse, am häufigsten in dem unteren und mittleren Teil des Oesophagus lagerten, und insbesondere Individuen vorgeschrittenen Alters betreffen (nach dem 30. Lebensjahre).

Diese Geschwülste haben infolge ihrer Seltenheit keine klinische Bedeutung.

